Über die Verdoppelung des Uterovaginalkanals.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät zu Rostock

vorgelegt von

Shigeji Higuchi

prakt. Arzt

aus Niigata (Japan).

Rostock

H. Winterberg's Buchdruckerei

1902.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Landes-Universität Rostock.

Referent: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Schatz.

In Liebe und Dankbarkeit
seinen teuren Eltern
gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549205_0063

1. Die Entwickelungsgeschichte des Uterovaginalkanals und die Einteilung der Verdoppelung desselben.

Einige Zeit nach der Entwickelung der Wolff'schen Körper und ihrer Ausführungscanäle d. i. am Ende der vierten Embryonalwoche findet man beim Menschen an der vorderen und medianen Seite dieser Organe je einen weisslichen Streifen, aus dem sich die Geschlechtsdrüsen entwickeln, und aussen auf den Streifen findet man einen Faden, aus dem je ein Müller'scher Gang entsteht. Diese weisslichen Streifen werden von differenziertem Coelomepithel, dem sog. Keimepithel gebildet, das stellenweise aus besonders protoplasmareichen Zellen (den Ureiern) besteht. Die Müller'schen Gänge bilden sich aus dem proximalen Teil der Verdickung des Cölomepithels an der Aussenseite des Wolff'schen Körpers, und, mit einem nach oben offenen Trichter beginnend, den Woff'schen Gängen dicht anliegend, anfangs nach aussen, dann aber im weiteren Verlaufe nach innen von denselben verlaufend, endigen sie in dem Allantoisgang, wo derselbe in den Enddarm übergeht, gegenüber dem sinus urogeni-

talis — also scheinbar in diesem selbst. Die Müller'schen Gänge sind anfangs vom Wolff'schen Körper an bis zum Sinus urogenitalis solide und vollständig paarig. Beim männlichen Geschlechte vergehen diese Gänge später wieder bis auf geringe Überreste, welche Uterus masculinus oder Vesica prostatica genannt werden. Beim weiblichen Geschlechte dagegen geben sie die Grundlage zur Bildung der Tuben, des Uterus und der Vagina. Diese Gänge sind in ihren oberen, den Wolff-schen Körpern anliegenden Enden am weitesten von einander entfernt, nähern sich beim Abwärtssteigen mehr und mehr ohne jedoch anfänglich mit einander zu verschmelzen. P. Müller (57) unterscheidet am ganzen Müller'schen Gang der Länge nach drei Teile und sagt, dass aus den freien nicht vereinigten Teilen der Gänge, welche ungefähr das obere Drittel einnehmen, die Tuben sich ausbilden, aus dem mittlern Drittel der beiden Gänge der Uterus sich entwickelt, und das untere Drittel zur Vagina sich umwandelt. Bei normaler Entwickelung vereinigen sich die Müller'schen Gänge zum Geschlechtsstrang derart, dass die Vereinigung vom Sinus urogenitalis bis zu jener Stelle aufwärts geschieht, wo die Hunter'schen Bänder, die späteren Ligamenta rotunda, abgehen. Aufwärts von dieser Stelle bleiben die Müller'schen Gänge zeitlebens getrennt und bilden sich zu den Tuben aus und das obere Ende der Gänge wandelt sich später in das gefranzte Ostium abdominale um. Die Insertionsstelle der Hunter'schen Bänder bildet später die Grenze zwischen Uterus und Tube. Nach Küstner (43) ist die äussere Ver-

schmelzung der Müller'schen Gänge bis etwa zur Gegend des äusseren Muttermundes bereits in der 9. Woche vollendet. Zu dieser Zeit ist die Vagina schon unpaarig, aber noch solid. Der Uterus bleibt innerlich noch länger geteilt, und ist erst am Ende des vierten oder Anfang des fünsten Monates ein einfacher, mit der Scheide communicierender Hohlraum, an welchem die ursprüngliche Duplicität nur noch durch eine seichte Einknickung des Fundus angedeutet ist. Etwa Anfang des 4. Monates hat sich der Uterus von der Vagina durch Bildung einer Vaginalportion gesondert, und etwa am Ende des 5. Monates wölbt sich der Fundus, so dass die bis dahin noch bestehende Einsattelung des Fundus verschwindet. Man findet diese aber sehr häufig noch bei Neugeborenen, ja bei jungen Mädchen. Von wo ab die Verschmelzung der Müller'schen Gänge beginnt, war lange Zeit nicht klar: Thiersch meinte, dass die Verschmelzung dieser Gänge zunächst am unteren Ende (an der Einmündungsstelle in den Sinus urogenitalis) beginne und im Bereiche des Genitalstranges in der Richtung nach aufwärls fortschreite. v. Kölliker behauptete, dass die Verschmelzung zuerst in der Mitte des Genitalstranges beginnt, während seine beiden Enden noch längere Zeit doppelt bleiben. Dohrn sah, dass die Vereinigung etwas oberhalb der unteren Mündung, zwischen dem unteren und mittleren Drittel des Genitalstranges ihren Anfang nimmt und dann von da noch auf- und abwärts schreitet. Weitere Forschungen haben aber noch genauer festgestellt, dass die

Verschmelzung der Lumina der Müller'schen Gänge an der Stelle beginnt, wo sich später der äussere Muttermund bildet und dass sie von da aus nach auf- und abwärts schreitet.

Wenn Störungen (Hemmungen) in der Entwickelung auftreten, dann entstehen verschiedene Bildungsfehler je nach der Periode ihres Eintrittes. Man sagt, dass Bildungshemmungen der Genitalien schon im Altertume wahrgenommen wurden. Aber sicher wurde erst durch Joh. Müller (1830) bekannt, dass der Uterovaginalcanal anfangs paarige Fäden seien, die sich später vereinigen und den Uterovaginalcanal bilden. Wir verdanken ihm aber nicht bloss diese Ergebnisse, sondern auch die Kenntnis, wie auf diesem Wege die Missbildungen entstehen.

Ueber die Bildungsfehler des Uterovaginalkanals selbst hat Rokitansky zuerst auf Grund der pathologischen Anatomie ein gutes System aufgestellt. Er nimmt vier Formen von Bildungshemmungen des Uterus an:

1. den Uterus bipartitus,
2. den Uterus unicornis mit 4 Varietäten,
3. den Uterus bicornis mit 3 Varietäten,
4. den Uterus bilocularis.

Der Einteilung von Rokitansky folgend hat Förster die Bildungshemmungen noch genauer eingeteilt, indem er 2 Klassen von Missbildungen unterscheidet:

I. solche, welche auf den Mangel oder die verkümmerte Bildung des Uterus zurückzuführen sind.

1. Der vollständige Mangel des Uterus.
2. Die Verkümmerung des Uterus mit Abarten.

3. Der Uterus foetalis s. infantilis mit Abarten.

II. solche, welche in das grosse Gebiet der Verdoppelung des Uterus und der Vagina fallen.

1. Uterus duplex separatus s. didelphys.
2. Uterus bicornis, mit den Unterabteilungen.
   a. Uterus arcuatus, ohne Septum.
   b. Uterus bicornis, mit stumpfwinkligen Zusammenstossen der Hörner und einem mehr oder weniger grossen Septum.
   c. Uterus bicornis duplex unicollis. (Uebergang zum Uterus septus).
3. Uterus bilocularis s. septus.
   a. Uterus septus duplex.
   b. Uterus septus unicollis s. subseptus.
4. Uterus unicornis mit Abarten.

Kussmaul hat sein klassisches Werk »Mangel, Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter» 1859 publiciert, wodurch wir eigentlich erst recht Licht in das Dunkel erhalten haben. Er gab eine ganz vorzügliche und vollständig erschöpfende Darstellung der Lehre von den Missbildungen des Uterus, indem er alles Gegebene sammelte, nach bestimmten Gesichtspunkten ordnete, ätiologische Erklärungen gab und auf diese Weise mancherlei Verwirrungen beseitigte, die bei der mangelhaften Kenntnis der Dinge sich eingeschlichen hatten. Er unterscheidet zwei grosse Formen mit Unterabteilungen von Missbildungen:

A. Formen, die in den ersten 4 bis 5 Monaten des Fruchtlebens entstehen.
   I. Mangelnde Entwickelung: Defectus uteri.

II. Rudimentäre Entwickelung: Uterus rudimentaris, Atresia uteri, Uterus bipartitus.

III. Mangel oder Verkümmerung der einen Hälfte: Uterus unicornis mit oder ohne verkümmertem Nebenhorn.

IV. Fortentwickelung der Gebärmutter als ganz oder teilweise paariges Organ.

1. Vollkommene Verdoppelung.
   a. Vollkommene Trennung: Uterus didelphys.
   b. Obengetrennte oder zweihörnige Beschaffenheit mit vollständiger, gemeinschaftlicher Scheidewand: Uterus duplex bicornis.
   c. Ungehörnte Gebärmutter mit vollständiger, gemeinschaftlicher Scheidewand: Uterus septus.
2. Unvollkommene Verdoppelung mit teilweiser Confluenz der Höhlen,
   a. Gehörnte Formen: Uterus bicornis semiduplex, Uterus arcuatus.
   b. Ungehörnte Formen: Uterus subseptus.

B. Formen, die in den letzten 4 bis 5 Monaten des Fruchtlebens entstehen: Uterus foetalis s. infantilis.

L. Fürst (22) beschrieb den Entwickelungszustand der Genitalorgane in den einzelnen Embryonalperioden noch genauer. Er unterscheidet 5 Perioden.

1. Periode. Von der Befruchtung bis zur 8. Woche des Fruchtlebens. Sie umfasst den primitiven Zustand jener Gebilde sowie den Beginn der geschlechtlichen Differenzierung durch die Veränderungen der Geschlechtsdrüsen und durch die beginnende Verküm-

merung der Wolff'schen Körper beim weiblichen Individuum. Der Schwund des die Müller'schen Gänge trennenden Septums hat noch nicht begonnen.

2. Periode. Von der 8. bis zur 12. Woche des Fruchtlebens. Am Ende der 12. Woche ist das Septum ganz geschwunden. Uterushorn und Tube sind deutlich durch die Insertion des Ligamentum rotundum geschieden.

3. Periode. Von der 12. bis zur 20. Woche. Die winklige Einbuchtung am Fundus ist völlig verschwunden und derselbe ist äusserlich plan. Die Uterushörner sind verschwunden, die Tubenenden nur noch stark ausgezogen. Das Orificium externum hat sich ausgebildet. Der Sinus urogenitalis ist zum Vestibulum vaginae geworden.

4. Periode. Von der 20. Woche bis zum Schluss des Foetellabens. Die Vagina beginnt sich zu falten und Hals wie Körper des Uterus haben eine stark gefaltete Schleimhaut. Charakteristisch ist für diese Periode die vom Halsteile nach dem Fundus uteri fortschreitende grössere Auswölbung, in deren Folge die dreizipflige Gestalt des Uterus in eine warzenförmige und schliesslich birnförmig abgerundete übergeht.

5. Periode. Von der Geburt bis zur Pubertät. Die Wand des Körpers und des Fundus nimmt an Dicke zu. Die Schleimhaut des Körpers wird bis zum 6. Jahre glatter, bis schliesslich nur noch eine Längsfalte zurückbleibt.

Schliesslich hat Nagel (61) die Missbildungen des Uterus und Vagina nach unseren heutigen Kenntnissen

der Entwickelungsgeschichte in folgende Gruppen unterschieden.

I. Gruppe: Vor Bildung des Geschlechtsstranges.
   A. Mangel des Uterus und der Vagina.
   B. Vollkommen getrennter, doppelter Uterus mit zwei vollkommen getrennten Scheiden: Uterus didelphys cum vagina separata.

II. Gruppe: Nach Bildung des Geschlechtsstranges.
   C. Uterus duplex bicornis cum vagina septa.
   D. Uterus duplex septus (Uterus bilocularis) und dessen Abarten.
   E. Uterus subseptus uniforis. } mit einfacher Vagina.
   F. Uterus subseptus suprasimplex } mit einfacher Vagina.
   G. Uterus subseptus unicorporeus.
   Verkümmerungsformen der II. Gruppe.

III. Gruppe: Entsteht während der allmählich fortschreitenden Verschmelzung der beiden Müllerschen Gänge innerhalb des Geschlechtsstranges und der Plicae urogenitales bis zum Abgang des Ligamentum Hunteri.
   H. Uterus bicornis unicollis.
   I. Uterus arcuatus.
   K. Uterus septus unicollis.
   Verkümmerungsformen der III. Gruppe.

IV. Gruppe: Nach vollendetem Aufbau des Uterus und der Vagina.
   L. Uterus foetalis.
   M. Uterus infantilis.

Die Nagel'sche Einteilung ist theoretisch tadellos, aber ich glaube, dass die Kussmaul'sche Einteilung

besonders für die Doppelbildung des Uterus, welche ohne Verkümmerung der einen Seitenhälfte selbstständig aufzutreten pflegt, verständlicher ist, besonders für den Praktiker. Deshalb schliesse ich mich der Kussmaul'schen Einteilung in deren Hauptgruppen genau an, möchte jedoch die Unterabteilungen der Hauptgruppen in vielleicht übersichtlicherer Weise nach folgendem Schema unterscheiden.

I Vollkommene Verdoppelung des Uterus.

A. Uterus didelphys verus (Ut. didelphys, Ut. duplex separatus). Zwei vollkommen getrennte Uteri immer compliciert durch zwei völlig getrennte Vaginae. Diese Form kommt vor, wenn beide Müllersche Gänge vollständig getrennt blieben. Sie ist beim Menschen meist nur bei nicht lebensfähigen Missgeburten gefunden worden, wird aber in der Regel bei Monotremen und Beuteltieren gefunden. (Fall: A. Fraenkel in Kussmaul'sche Werke p. 23.)

B. Uterus didelphys. (Ut. pseudodidelphys nach Kehrer). Beide Uteri sind vollständig ausgebildet. aber zwischen beiden Cervices befindet sich als Verbindung ein menbranöses Gewebe, welches Ligamentum intercervicale genannt wird. Die Vagina ist selten separata (Fall 123. Engel) aber meistens durch ein Septum geteilt (Fall 126. Tauffer).

C. Uterus bicornis duplex (Ut. bifidus, Ut. bipartitus, Ut. bicorn. septus, Ut. bicorn. bicollis, Ut. bicorn. biforis, Ut. duplex.) Zwei oben vollkommen getrennte Uterushörner vereinigen sich in der Gegend der Cervix. Dadurch scheint die Cervix

äusserlich einfach, aber innen ist sie durch ein Septum vollständig in zwei Höhlen geteilt und zeigt zwei Portionen. Die Vagina ist fast immer durch ein Septum geteilt (Fall 88.) aber in seltenen Fällen ist sie nur teilweise getrennt (Fall 47. Kinderlen) oder einfach (Fall 77. Oker-Blon).

D. Uterus septus simplex (Ut. septus duplex, Ut. septus, Ut. bilocularis nach Rokitansky, Ut. duplex omnino conjunctus nach Kussmaul). Der Uterus ist äusserlich ganz einfach, aber innen vollständig durch ein gemeinsames Septum in zwei Höhlen geteilt. Die Vagina ist bald einfach (Fall 29. Prochownick), bald teilweise, bald völlig doppelt. (Fall 57. Schramm).

E. Uterus bicornis septus ist eine weiter entwickelte Form des Uterus bicornis duplex oder eine Zwischenform zwischen Uterus bicornis duplex und Uterus septus simplex. Bei dieser Form wird die Höhle durch ein Septum vollständig geteilt, und äusserlich zeigt sich noch deutlich eine tiefe oder leichte Einbuchtung am Fundus. Die Vagina ist bald völlig, bald teilweise doppelt, bald einfach (Fall 83).

II. Unvollkommene Verdoppelung des Uterus.

1. Gehörnte Formen.

F. Uterus bicornis subseptus uniforis, Ut. bicorn. infra simplex s. semiduplex nach Kussmaul) ist zu unterscheiden dadurch, dass das Septum bis unter das Os internum reicht. Es besteht natürlich auch nur ein Os externum (Fall 52. Kinderlen).

G. Uterus bicornis subseptus unicollis (Ut.

bicorn. infra simplex s. semiduplex nach Kussmaul, Ut. bicorn. partim septus nach Fürst). Ausser dass das Corpus uteri äusserlich eine tiefe oder leichte Einbuchtung am Fundus zeigt, ist es innen durch ein Septum, welches bis zum inneren Muttermunde reicht, in zwei Höhlen geteilt. Der Uterus zeigt daher einfachen Canalis colli und einfaches Os externum (Fall 79.).

H. Uterus bicornis unicollis (Ut. bicornis simplex). Äusserlich zeigt sich am Fundus uteri eine tiefe Einbuchtung, aber Cavum uteri und Canalis colli haben kein Septum (Fall 92). Diese Form zeigt im Cavum uteri an der Vorder- und Rückwand in manchen Fällen verschiedengestaltige Septumreste, welche darauf hindeuten, dass sie (Weisser Nr. 7) erst secundär entstanden sind.

I. Uterus arcuatus (Ut. bifundalis) ist eine mehr entwickelte Form von Uterus bicornis unicollis. Der Fundus uteri zeigt eine leichte Einbuchtung, innen besteht kein Septum (Fall 94.).

2. Ungehörnte Formen.

K. Uterus subseptus uniforis ist vom Uterus subseptus unicollis dadurch unterschieden, dass das Septum bis unter das Os internum reicht. Das ist die erste Stufe des Uterus septus simplex nach der Norm hin (Fall 149.).

L. Uterus subseptus unicollis. (Ut. semiseptus unicollis nach Winkel, Ut. bilocularis unicollis) Der Fundus uteri zeigt aussen keine Ein-

buchtung, aber innen wird das Cavum uteri durch ein Septum, welches bis zum inneren Muttermunde reicht, in zwei Höhlen geteilt. Der Uterus besitzt nur ein Os externum mit einem Canalis colli (Fall 79.).

M. Uterus subseptus. Der Uterus zeigt aussen am Fundus uteri keine Einbuchtung. Innen reicht ein Septum von Fundus aus bis nicht ganz zum inneren Muttermunde. Canalis colli zeigt keine Verdoppelung. (Fall 86).

N. Uterus infraseptus biforis. Derselbe ist unterschieden vom Uterus septus simplex dadurch, dass das Septum des Cavum uteri nicht bis an den Fundus uteri heranreicht (Zwei französische Fälle nach Kehrer).

O. Uterus subseptus bicollis unicorporens. (Ut. bicollis unicorporeus). Der Fundus uteri zeigt aussen keine Einbuchtung. Der Canalis colli wird durch ein Septum vollständig geteilt und zeigt doppeltes os est. Das Cavum uteri ist einfach, zeigt jedoch manchmal Septumreste an der Vorder- und Rückwand (Fall 66. Merttens).

P. Uterus subseptus biforis suprasimplex (Ut. biforis unicorporeus) ist dadurch unterschieden vom Uterus subseptus bicollis unicorporeus, dass das Septum nur am unteren Teile des Canalis colli vorhanden ist (Fall 116. Mekus).

Diese Formen N. O. und P sind bisher nur klinisch gefunden oder mehr nur vermutet, nicht aber anatomisch constatiert worden, also ganz zweifelhaft.

Q. Uterus incudiformis (nach Kussmaul). Der

Uterus erinnert nur in der Form noch an den Uterus im 4. oder zu Anfang des 5. Fruchtmonates, wo der breite Fundus eine gerade, die Eileitermündungen kaum überragende Linie darstellt und mit den Winkeln gegen die Eileiter hin stark ausgezogen ist (Oldham'scher Fall nach Kussmaul).

Bei dem Uterus arcuatus und dem Uterus incudiformis ist die Vagina einfach, bei den sonstigen unvollkommen verdoppelten Uteri aber ist sie entweder einfach oder teilweise oder vollkommen verdoppelt.

Diese Verdoppelung der Scheide bedarf noch einer besonderen Besprechung. Würden alle Fälle nur einfache Hemmungsbildungen ohne weitere Veränderungen darstellen, so würden sie eine regelrechte Reihe von Verdoppelungen bilden, welche mit einer kleinen Fistel in der Scheidewand zwischen beiden Scheiden gleich unterhalb der Portio vaginalis beginnt und — geradeso wie es auch bei der Scheidewand im Uterus der Fall ist — als immer grösser werdende Fistel in der Scheidewand nach der Vulva hin fortschreitet, bis als letztes Beispiel eine nur niedrige, sagittal verlaufende Hautbrücke gleich über dem Scheideneingang die Reihe abschliesst. Eine solche Reihe von immer grösser werdender Vereinigung oder immer kleiner werdenden Vaginalbrücken kann man auch in Wirklichkeit zusammenstellen. Aber neben dieser Reihe kommen noch vielfache Abweichungen vor. Zunächst findet die Verschmelzung der lumina beider Müller'schen Gänge von der ersten Verschmelzungsstelle in der Höhe des späteren äusseren Muttermundes

aus nach oben hin (im Uterus) und nach unten hin (in der Vagina) durchaus nicht immer gleichmässig rasch und vollkommen statt; dann findet im Allgemeinen die Vereinigung in der Scheide häufiger und vollkommener statt als im Uterus, weil die Müller'schen Gänge in ihrem unteren Drittel immer näher aneinder liegen als in ihrem mittleren Drittel. Wenn man also Verdoppelung der Scheide findet, so kann man mit grösster Wahrscheinlichkeit auch Verdoppelung des Uterus erwarten, — viel weniger sicher umgekehrt. Aber ausser dieser Ungleichmässigkeit findet die Vereinigung im untern Drittel auch leicht unregelmässiger statt; es kommen häufiger zugleich auch Atersien und Verschiebungen vor. Schliesslich finden sich bei den Scheidenbrücken viel häufiger nachträgliche Zerstörungen und Verwachsungen als bei den Uterussepten und wenn schon bei diesen — wenigstens klinisch — noch nicht anatomisch — Fälle beobachtet werden mit Brücken im Collum, ohne dass der Uteruskörper auch verdoppelt ist, so kommen ähnliche Abweichungen von den ursprünglichen Formen, welche die Entwickelungsgeschichte vorschreibt, bei den Scheidensepten noch häufiger vor; aber man darf diese Abweichungen ebenso wenig als Beweis gegen die jetzt geltende Entwickelungsgeschichte ansehen, wie die noch nicht einmal anatomisch nachgewiesenen Abweichungen bei den Septen im Uteruskörper. Sehr bemerkenswert sind die ungewöhnlich grossen Torsionen zwischen den beiden Scheiden, welche häufig auftreten und besonders gern verbunden sind mit Atresie einer Scheide, so dass diese als Folge

der Torsion angesehen werden muss. Nicht minder interessant sind diejenigen Fälle, wo die Vereinigung der beiden Scheidenlumnina auf dem ersten Stadium stehen geblieben ist, wo also nur eine Fistel von etwa Sondendicke unterhalb der beiden Portiones die ganze Verschmelzung darstellt. Schatz hat diese Fisteln in einer ganzen Anzahl von Fällen gefunden, weil er entsprechend der Entwickelungsgeschichte besonders darnach gesucht hat. Sie entgehen der Untersuchung so leicht, weil sie gewöhnlich keine Erscheinungen machen, werden aber von Wichtigkeit, wenn mit ihnen Atresie einer Scheide verbunden ist. Sammelt sich in dieser Scheide Menstrualblut und Schleim an, so stellt sich über kurz oder lang bei eintretender Infection mit Eiterkokken eine chronische Entzündung dieser Scheidenhälfte ein, bei Infection mit bacterium coli mit so furchtbaren Geruch, dass man ein verjauchendes Carcinom oder wenigstens einen pararectalen Abscess vor sich zu haben meint. Eine Dienstmagd mit solcher inficierten Scheidenhälfte wurde in die Rostocker Klinik gebracht, weil sich wegen des starken Geruches alle andern Dienstleute weigerten mit der Betreffenden zusammen zu arbeiten und zu wohnen. Dabei war diese selbst vollkommen wohl, (S. Fall I. und Fall XXIII wo die Infection der Scheidenhälfte noch nicht soweit gediehen war.)

Die äusseren Genitalien bei verdoppeltem Uterovaginalkanal sind fast immer einfach und normal. Nur einmal wurde von Engel (Fall 128) eine vollständig verdoppelte Vulva beobachtet. Ausserdem kann — sehr

selten — Kloakenbildung bei doppeltem Uterovaginalkanal gefunden werden. (Fall 8, 76.)

Bei Uterus bicornis findet man nicht selten eine sichelförmige Sagittalfalte des Bauchfells, welche von der hinteren Wand der Harnblase zwischen den Hörnern des Uterus hindurch zur vorderen Wand des Rectums verläuft. Nach Krieger (38) ist dieses Ligamentum rectovesicale als ein Rest des Allantoisschlauches zu betrachten, dessen verzögerte Rückbildung die normale Ausbildung des Uterus hinderte.

Herr Geh.-Rat Schatz hat, nachdem er die drei Hypothesen über den Ursprung des Lig. recto-vesicale, (im Embryonalleben überstandene adhaesive Entzündung, oder Entwicklungsfehler, oder beides zugleich) genau besprochen, die Ansicht geäussert, dass das Lig. rectovesicale in den meisten Fällen nicht ein obliterierter Gang der Allantois ist, dass es aber auch nicht aus einer Entzündung allein erklärt werden kann, sondern dass es wahrscheinlicher mindestens zugleich aus einer in der Entwickelung begründeten, uns noch völlig unbekannten Ursache entsteht, welche aufzufinden weiteren Untersuchungen und Beobachtungen vorbehalten bleibt.

Seit Kussmaul sein vorzügliches Werk veröffentlicht hat, haben manche Autoren mit Interesse auf Verdoppelung des Uterovaginalkanals geachtet und die mitgeteilten Fälle bilden eine grosse Zahl.

Mein hochverehrter Lehrer, Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schatz hat eine Anzahl dieser Missbildungen, welche er seiner Zeit in Leipzig beobachtete, im Archiv für Gynaekologie veröffentlicht und hat, seit er an die Uni-

versität zu Rostock berufen wurde, mit Interesse weiter auf solche Fälle geachtet. Seine an der Rostocker Universitätsfrauenklinik beobachteten Fälle hat er mir freundlichst als Thema zur Doctor-Dissertation überlassen.

Auch mein hochverehrter Lehrer, Herr Prof. Dr. A. Thierfelder hat 3 Präparate von diesen Missbildungen, welche im hiesigen pathologischen Institut aufbewahrt werden, mir bereitwilligst zur Verfügung gestellt.

Beiden Herren Professoren sage ich an dieser Stelle meinen allerherzlichsten Dank für die gütige Überlassung der Fälle bezw. Präparate. Ich hoffe durch dieselben in Verbindung mit der angeführten reichlichen Litteratur einige Fragen zu klären.

I. Fall.

Uterus bicornis duplex, Vagina duplex, Pyokolpos lateral. dextra. 1875.

Eine gegen 30 Jahre alte Magd wurde von ihrem Herrn zur Heilung in die Frauenklinik geschickt, weil wegen des Gestankes, welchen die Magd verbreitete, niemand von dem Mitgesinde mehr mit ihr zusammen wohnen oder auch nur arbeiten wollte. Die Magd selbst befand sich dabei wohl. Als der Assistenzarzt die Untersuchung der Geschlechtsteile vornahm, verpestete das abfliessende Secret das Zimmer so, dass er davonlief und den besonderen Fall dem Direktor gleich meldete. Dieser fand die Person sonst gesund und normal gebildet, fand auch an den Geschlechtsteilen zunächst nichts besonderes als dass die Port. vag. sehr klein

und rund war. Die stark stinkende Flüssigkeit kam aus einer 3 mm weiten Öffnung, welche sich im schmalen, rechten Scheidengewölbe befand und eine Sonde weit eindringen und in der Höhle beliebig bewegen liess. Da es zunächst noch zweifelhaft blieb, ob sich die Sonde nicht doch in einem Abscess oder in einer halbseitigen Pymetra befand, so liess man die Magd vorerst in Ruhe, um zu sehen, ob etwa durch die längere Untersuchung bei der Jauchung Fieber entstehen würde. Erst als sich nach mehreren Tagen kein Fieber einstellte; untersuchte man wieder. Jetzt hatte sich die Geschwulst, welche der Assistenzarzt, nicht aber der Direktor gefunden hatte, rechts in der Vagina wieder eingefunden und nun wurde sicher festgestellt, dass es sich um eine unten verschlossene rechte Scheide handelte, die nur durch eine Fistel im Scheidengewölbe — in Wirklichkeit in der Scheidewand zwischen den beiden Scheiden — mit der offenen linken Scheide in Verbindung stand. Bei der Untersuchung des Assistenten war der stark jauchige Inhalt durch jene Fistel in die linke Scheide entleert und die rechte Scheide, weil nun leer und zusammengefallen, für den Direktor nicht mehr bemerkbar geworden. Der furchtbare Geruch der beständig mässig abfliessenden Jauche hatte zu Hause den Aufruhr und beim Assistenzarzt zunächst den Verdacht eines jauchigen Carcinoms verursacht.

Nach Sicherung der Diagnose wurde eine stark gekrümmte Sonde durch die Fistel zwischen den beiden Portiones vaginales hindurch in die verschlossene rechte Scheide möglichst weit bis gegen die Vulva hin vorge-

schoben und auf ihren Knopf eingeschnitten. Von der so geschaffenen Öffnung aus war es leicht unter alsbaldiger Vernähung der Wundränder fortschreitend die ganze Scheidewand zu trennen. Die rechte Scheide war in Folge der langen Jauchung ihres Inhalts so stark entzündet, dass sie sich wie Sammet anfühlte. Die rechte Portio war kürzer als die linke und das os. ext. etwas trichterformig. Die Sonde ging in den rechten Uterus nach rechts in die Gegend der lin. innom. hin ein, während eine andere Sonde in den linken Uterus entgegengesetzt, nach der linken Seite der lin. innom. vordrang. Es konnten aber auch ohne Sonde beide Uteri bimanuell in entgegengesetzter Richtung deutlich gestatet werden. Eine Verbindung bestand nur im oberen Teil der Colla. Die äusseren Genitalien waren normal, der Hymen einfach. Die Aufzeichnungen über die Beckenmasse sind abhanden gekommen.

II. Fall:

Uterus bicornis subseptus unicollis.

Vagina simplex.

Aufnahme am 18. IX. 1881 J. 1880—1882. S. 185.

Am 18. IX. 1881 kam eine Frau wegen grosser Schmerzen im Unterleibe in die Frauenklinik. Ernährungszustand sehr mangelhaft. Die Untersuchung in Chloroformnarkose ergab:

Äussere Genitalien normal, Uterus schwach retroflektiert und etwas nach rechts geneigt. Von der linken Seite des Uterus steigt vom Halse aus eine pflaumengrosse, feste Geschwulst aufwärts, welche den Uterus

fest an das Becken anheftet und eine vollkommene Geraderichtung verhindert. Uterus aussen leicht gesattelt zeigt innen eine vom Grunde ausgehende, kurze Scheidewand. Linke Uterushöhle etwas weiter als die rechte.

III. Fall:

Uterus subseptus unicollis. Vagina simplex.

Aufnahme am 16. I. 1883. J. 1883—1884 S. 11.

22 Jahre alte, gut genährte Person, hat seit dem 14. Jahre die Mentsruation unregelmässig, 2—3—4-wöchig, 1tägig, mit Lendenschmerzen, nicht reichlich, ohne Stücke. Fluor stets. Letzte Menstruation vor 6 Wochen.

Am 25. VIII. 1882 war Patientin schon einmal in der Klinik behandelt worden. Man hatte damals einen Bildungsfehler nicht bemerkt. Bald darauf litt sie wieder viel an Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Brustschmerzen, besonders linksseitig. Im Oktober 1882 trat in Folge zu langen Liegenlassens des Hodgeschen Pessares eine Entzündung der Scheide auf, die nach Entfernung desselben und nach Ausspülungen wieder nachliess. Seit 18. I. 1883 ist Patientin durch ein Gefühl von Prolaps der Vagina sehr belästigt. Am 30. I. 1883 ist ein Ei vom zweiten Monat spontan geboren worden. Decidua fehlte. Am 31. I. morgens wurde der Uterus in Narkose ausgekratzt und mit Tinctura Jodi geätzt. Dabei fand man: Vulva ohne Besonderheit; Damm 4 cm breit; Hymen mit Rissen; Introitus vaginae ziemlich eng. Vagina eng, fornix voll-

ständig; Portio vaginalis 2,5 cm; os externum geschlossen; beide Muttermundslippen normal; der Uterus hat innen eine vom Fundus ausgehende, kurze Sagittalleiste; die linke Uterushöhle ist etwas weiter als die rechte; am Fundus uteri aussen keine Vertiefung.

IV. Fall.

Uterus bicornis subseptus unicollis. Vagina simplex.

Aufnahme am 4. I. 1884. 1883—1884. S. 167.

46 Jahre alte, mittelgut genährte Frau, bis zum 14. Jahre gesund. Menstruation vom 16. Jahre an, regelmässig, 4wöchentlich, 5tägig, reichlich, mit Rückenschmerzen, ohne Stücke. Fluor immer. Pat. hat sich im 16. Jahre verheiratet und hat 4mal geboren. I. partus 1860; II. p. 1864; III. p. 1866; IV. p. 1869, alle leicht. Wochenbett jedesmal 14 Tage, normal; sie stillte allemal $^3/_4$ Jahr. Inguinaldrüsen von kurz vor Weihnachten an bis jetzt (4. I. 1884) etwas geschwollen, seit 3 Wochen Blutung. Die Untersuchung ergiebt eine »Geschwulst« an der hinteren Lippe der Portio; den Uterus kann man sehr unvollkommen herabziehen, wodurch die Operation erschwert wird.

Uterus aussen ganz leicht gesattelt; innen eine vom Grunde ausgehende, bis zum inneren Muttermund reichende sagittale Scheidewand. Die linke Uterushöhle ist weiter als die rechte. Vagina einfach. Äussere Genitalien normal. Nach bilateraler Discision wird von der hinteren Collumwand ein 3 cm langes Stück — Rest der zerrissenen Scheidewand — abgetragen. Die Umschneidung des »Tumors« nach der

Vagina hin muss ohne Gebrauch des Gesichtes vor sich gehen. Die Wegnahme des Restes des Septums von der Vorderlippe erfolgt 2 cm hoch und und ist leichter. Links wird zur besseren Formung der Portio noch ein an den »Tumor« grenzendes Stück der Vagina entfernt.

V. Fall:

Uterus bicornis subseptus unicollis.

Aufnahme am 16. VI. 1897. 1896—1897 Nr. 147.

48 Jahre alte, seit 25 Jahren verheiratete Seefahrersfrau. Pat. war bis zum 14. Jahre gesund. Die Menstruation stellte sich im 18. Jahre ein, war regelmässig, 4 wöchentlich 8tägig, ohne Schmerzen, reichlich, ohne Stücke. Fluor früher einmal vorhanden gewesen. P. hat 4 mal geboren und zwar I. partus 1871, Mädchen; II. p. 1882, Mädchen III. p. 1886, Knabe; IV. p. 1890, Mädchen. Alle Geburten spontan; ohne Arzt, kurz. Wochenbett jedesmal 8 Tage, normal; stillte alle Kinder je 1 Jahr lang. Die Menstruation kam bald nach Aufgabe des Stillens und war wie früher; zuletzt im Sommer 1894 ohne Besonderheit. Im Juni 1896 trat starke Blutung auf, welche mit Abgang von Stücken 4 Wochen dauerte, aber durch ärztliche Behandlung gebessert wurde. Im Oktober 1896 neuerlich Blutung 8 Wochen lang, welche durch Bettruhe und Behandlung mit Medizin vom Arzte gestillt wurde. Im Winter verhielt sich die Frau ruhig, arbeitete nicht und blutete auch nicht. Am 19. V. 1897 trat nach schwerer Feldarbeit neue Blutung ein, mit Stücken. Ärztliche Be-

handlung schlug diesmal nicht an, deshalb rieth der Arzt zum Eintritt in die Frauenklinik. Die Untersuchung ergab: Vulva normal entwickelt, Vagina einfach; auf der linken Seite des Uterus ist ein Gänseei — grosser Tumor, der leicht in den Douglas'schen Raum gebracht werden kann. Uterus aussen leicht gesattelt; innen eine vom Grunde ausgehende, beinahe bis zum inneren Muttermund reichende Scheidewand; man kann mit jedem Aste des Metroikter in je eine Höhle des Uterus hineingelangen; dadurch wird das Collum für das Eindringen des Fingers genügend erweitert. Der Eingang in das linke Uterushorn ist knapp für den Finger durchgängig; der Eingang in das rechte Uterushorn ist enger; bei der vorgenommenen Ausschabung ergiebt sich nur wenig Mucosa. Am 21. VI. 1897 wird der Tumor durch Kolpotomia posterior entfernt. Heilung glatt. Am 11. VII. stand Pat. auf und wurde am 14. VII. entlassen.

VI. Fall:

Uterus bicornis septus cum vagina simplice.

Aufnahme am 9. IV. 1898 J. 1897—1898. Nr. 122.

44 Jahre alte, seit 25 Jahren verheiratete Arbeiterfrau, hat vor dem 14. Jahre an Variola gelitten; ist sonst gesund. Menstruation vom 19. Jahre an, regelmässig, 4wöchentlich, 4—5tägig, seit ungefähr 3 Jahren reichlich; mit Schossschmerzen. Hat 5mal geboren; I. 1877; V. 1896; Wochenbett jedesmal 4—14 Tage; einmal lange Zeit Puërperalfieber; stillte

6 bis 18 Monate. Menstruation kehrte nach Aufgeben des Nährens wieder wie gewöhnlich. 1890: Geburt eines foetus maceratus aus dem X. Monat, in Steisslage; 1895: Blutung 3 Wochen lang, mit Stücken (kein Abort) hört nach ärztlicher Behandlung bald auf. Seit 27. März 1898 Blutung ohne erkennbare Ursache; seit 1. April infolge einer grossen Anstrengung Blutung noch heftiger. Patientin arbeitete zunächst trotz der Blutung weiter, wurde aber schliesslich von einem Arzt der Klinik überwiesen. Innere Untersuchung ergiebt: An der linken Seite der Portio fällt besonders grosse Unregelmässigkeit auf, während die ganze Portio sehr breit und höckerig ist. Der Uteruskörper ist noch breiter und nimmt mit seinem Grunde fast den ganzen Beckeneingang ein. Die Breite des Uterus mit seiner deutlichen Einsattelung lässt einen Uterus bicornis vermuthen. Die Anwendung zweier Sonden bestätigt dies und ein zweiter äusserer Muttermund rechts in der Portio, durch welchen man in ein gemeinsames Collum kommt, beweisst, dass ursprünglich eine vollständige Scheidewand da war, von welcher ein Teil im Collum bei der Geburt zerrissen wurde. Dass auch in der Vagina eine Verdoppelung bestand, wird durch einen starken Kamm der vorderen und hinteren Vaginalwand deutlich bewiesen. Nach Erweiterung des Uterus lässt sich mit dem Finger die Scheidewand bis zum os internum hin deutlich abtasten. Die beiden Uterushöhlen selbst sind gleich weit. Die Ausschabung ergiebt aus beiden Hörnern uterine Mucosa von gleicher Beschaffenheit. Um das

Ectropium möglichst zu beseitigen, werden aus dem Collum hinten und vorn die wulstförmigen Septumreste excidiert. Verheilung glatt und keine Blutung mehr.

VII. Fall:

Uterus bicornis duplex cum vagina duplice.

Aufnahme am 28. II. J. 1899—1900. Nr. 112.

20 Jahre altes Hausmädchen, bis zum 14. Jahre stets gesund, hatte die Menstruation vom 13. Jahre ab regelmässig 4 wöchentlich, 4—5 tägig, nicht reichlich, mit Kreuzschmerzen, ohne Stücke. Kein Fluor. Anfang Februar 1900 Infection mit Lues. Pusteln an den äusseren Genitalien; eitriger Fluor. Letzte Menstruation am 18. II 1900. In der Klinik werden einige luesverdächtige Pusteln abgebrannt. Die mikroskopische Untersuchung dieser Stücke ergibt keine charakteristischen Merkmale für Lues. Die Untersuchung ergiebt: Äussere Genitalien normal; der Hymen ist einfach und hat eine sehr kleine, für eine dünne Sonde kaum durchgängige Öffnung. Bei der Excision des gemeinschaftlichen Hymens stellt sich heraus, dass die Scheide durch eine sehr dicke Scheidewand ihrer ganzen Länge nach geteilt wird und dass die rechte Scheide durch das Septum hinter dem Introitus vaginal. sehr verengt ist. Nachdem die rechte Scheide künstlich erweitert worden, kann man feststellen, dass das Septum in seinem Anfangsteil. eine Öffnung besitzt, durch welche man in die linke Scheide gelangt. Beide Scheiden sind gegen die Vulva hin verengt und zwar die rechte Vagina stärker als die linke, sodass scheinbar nur der linke

Scheideneingang dem Hymen entspricht. Das Septum wird bis zum Scheidengewölbe durchtrennt. Jeder Uterus hat je eine Portio vaginalis und zwar stossen beide sehr eng an das Septum an. Beide Uteri sind von der Portio ab auf eine Strecke von Fingerdicke verbunden und weichen dann in stumpfem Winkel auseinander.

VIII. Fall:

Uterus bicornis subseptus unicollis. Vagina simplex.

Aufnahme am 21. IX. 1900. J. 1899—1900. Nr. 243.

25 Jahre alte, gut genährte, unverheiratete Wirtschafterin. Pat. bis zum 14. Jahre gesund, hat die Menstruation vom 17. Jahre an, unregelmässig, 5—6 wöchentlich, 5—6 tägig, reichlich, mit Leib- und Rückenschmerzen, mit Stücken. Fluor seit 1898. Pat. hat einmal 1897 mit Arzt, jedoch spontan geboren; Dauer der Geburt 13 Stunden, Wochenbett 6—7 Tage; stillte 3 Monate. Wiedereintritt der Regel kann Pat. nicht angeben; Regel selbst jedoch wie vorher; letzte Menses am 18. IV. 1900. Im Januar 1900 erhielt Pat. von einer Kuh einen Hufschlag auf die rechte Seite des Rückens. Seitdem zuweilen, besonders nach körperlichen Anstrengungen reissende Schmerzen, die im Rücken beginnen und nach rechts und vorn ausstrahlen. Diese Schmerzen waren Ende April so heftig, dass Pat. zwei Tage das Bett hüten musste. Seitdem ziemliches Wohlbefinden bis Ende August; dann wieder zwei Tage dauernde, heftige, krampfartige Schmerzen vom Rücken

nach vorn beiderseits ausstrahlend. Bis zum Eintritt in die Klinik wiederholten sich die Schmerzen noch dreimal, jedesmal 5—6 Stunden dauernd. Die Untersuchung ergibt: Vagina einfach; Uterus sehr schlank; Fundus uteri steht zwischen Nabel und Schwertfortsatz; rechts Adnexe deutlich fühlbar, links nicht; dagegen ist die ganze Gegend derselben sehr empfindlich. Links im Beckeneingang ein faustgrosser zweiter, nicht schwangerer Uterus, der je nach Stellung der Gravida tiefer oder höher oder nach vorn oder hinten sich befindet und der sich während des hiesigen Aufenthaltes infolge Retroflexio einmal deutlich im Becken einklemmt. Os externum für 1 Finger bequem durchgängig; 3 cm höher beginnt die sagittale Scheidewand. Os internum des schwangeren Uterus eng, die Fingerkuppe einlegbar. Um die Einklemmung für später zu verhindern, wird ein Schalenpessar eingelegt. Dabei findet sich anstatt des Promontorium ein scharfer rundlicher Vorsprung, unter welchem man nach dem Kreuzbein hin einen deutlichen spitzen Winkel fühlt. Die Conjugata diagonalis beträgt von der Spitze des Vorsprungs aus 9¾ cm. Am Kreuzbein findet man den oberen processus spinosus stark vorspringend, dagegen die processus spinosi der unteren Lendenwirbel stark eingezogen, so dass Spondylolisthesis nicht zweifelhaft ist. Die Spondylolisthesis ist aber schon vollständig steif und Beschwerden sind davon nicht vorhanden. Die Körperhaltung ist gerade. Pat. hat ein auffallend breites Gesicht.

IX. Fall:

Uterus subseptus, Vagina simplex mit Septumresten.

Aufnahme am 25. IX. 1900. J. 1899—1900. Nr. 250.

27 Jahre alte Frau, seit 1897 verheiratet. Pat. hat vor ihrem 14.Jahre an Bleichsucht gelitten, war sonst gesund. Menstruation vom 18. Jahre an, regelmässig, 4 wöchentlich, 8 tägig, reichlich, ohne Schmerzen, mit Stücken; nie Fluor. Pat. hat 1898 spontan ohne Arzt geboren, hatte vorher aber einmal Abort mit Arzt. Wochenbett 12 Tage, stillte nicht; Menstruation kam wieder 8 Wochen post partum; wie gewöhnlich. Ostern 1900 konsultierte Pat. wegen starker Blutung und Ausfluss einen Arzt, der eine Ausschabung vornahm. Dadurch entstand vorübergehende Besserung. Seit der letzten Menstruation (10.—15. September) traten wieder stärkere Blutungen mit eitrigem Ausfluss auf. Dabei Blasenbeschwerden. Untersuchung ergibt: Uterus aussen nicht gesattelt; aber innen ein vom Grunde ausgehendes, kurzes Septum. Beide Uterushöhlen knapp für einen Finger durchgängig. Beide werden ausgekratzt und Kolporrhaphia anter. gemacht, weil die Blasenerscheinungen durch descensus vaginae anterior erzeugt scheinen. Verheilung glatt.

X. Fall.

Uterus subseptus. Vagina simplex.

Aufnahme am 9. IV. 1901. J. 1900—1901. Nr. 113.

30 Jahre alte, gut genährte, seit 3 Jahren verheiratete Schlächtersfrau. Vater und Mutter gesund.

3 Geschwister an Phthisis gestorben. Menses vom 17. Jahre an, regelmässig, 4 wöchentlich, 8 tägig, reichlich, mit Rückenschmerzen, ohne Stücke. Fluor post menses. 1899 Abort im 2. Monat, Wochenbett 10 Tage, normal. Menses kamen wieder 4 Wochen post abortum, wie gewöhnlich; zuletzt vor 14 Tagen. Seitdem stinkender Ausfluss, Schmerzen in der Kreuzgegend und im Mastdarm; letztere besonders stark bei der Defaecation. Häufig ziehende Schmerzen im Hypogastrium. Pat. konsultierte am 8. IV. 1901 einen Arzt, der sie in die Klinik schickte. Befund: Äussere Genitalien normal: Introitus vaginae eng; Vagina median vorn und hinten durch eine narbige Raphe geteilt, welche bis an die Portio reicht. Das linke Scheidengewölbe ist deutlich weiter als das rechte; Portio klein, nicht breit; Uterus in Retroversion fixiert und innen durch ein vom Grunde abgehendes unvollkommenes Septum geteilt. Links hinter dem Uterus ein Schmerz verursachender, pflaumengrosser, glatter Tumor. Es gelingt die Entzündung zum Rückgang zu bringen, so dass nach der Behandlung der Tumor nur kleinfingerdick und schmerzlos ist.

XI. Fall.

Uterus bicornis duplex cum vagina duplici.

Haematokolpos lat. dexter.

Aufnahme am 11. V. 1901. 1900—1901. Nr. 146.

16 Jahre alte, unverheiratete, kräftig gebaute, gut genährte Schneiderin. Vor dem

14. Jahre oft Rückenschmerzen. Menses vom 14. Jahre an, regelmässig, ca. 12 wöchentlich, 2 tägig, nicht reichlich, mit Unterleibsschmerzen, ohne Stücke. Kein Fluor. Im Juni 1900 zum erstenmal Menses, 2 tägig, mit ziemlich heftigen ziehenden Schmerzen rechts im Unterleib, die 4 Wochen lang dauerten. Dann keine Beschwerden bis Weihnachten 1900, wo die Regel zum vierten Male eintrat — zweimal war sie ohne Begleiterscheinungen verlaufen. Ende Januar 1901 trat Patientin in die chirurgische Klinik ein, weil die alten Schmerzen sich wieder eingestellt hatten. Am 11. II. 1901 Punktion, worauf die Beschwerden vorläufig schwanden. Anfang April trat die nächste Regel ein; ohne Beschwerden. Letzte Menses vom 3.—7. Mai 1901. Dabei stellten sich die alten Schmerzen wieder ein, so dass Pat. wieder die chirurgische Klinik aufsuchte, von wo sie hierher gebracht wurde. Untersuchung ergiebt: Äussere Genitalien normal, gut behaart; Introitus vag. eng; gleich darüber buchtet sich rechts vorne ein langer Wulst mit deutlicher Vaginalschleimhaut vor, der die Scheide nach links stark verengt; Portio kaum erreichbar, äusserst kurz, nach der Mitte hin mit sehr kurzem Scheidengewölbe. Die Configuration der Scheide und Portio beweist deutlich den Hämatocolpos lateralis dexter. Wahrscheinlich auch Uterus duplex. Es wird der vordere Teil dieser Vorbuchtung punktiert, aus der sich theerartiges Blut entleert. Die Öffnung wird dann auf Fingerdicke erweitert und ihr Rand umnäht. Beim Empordringen durch die Öffnung dieser Vorbuchtung fühlt man eine rechte Portio vaginalis, so dass sich

auch dadurch diese vorgebuchtete Wand als ein Septum erweist. Nach Verlauf einiger Tage ohne Reaktion vom Uterus aus wurde das Septum ganz durchtrennt. Es ging sehr gut, und nach einigen Tagen hinterbleibt nur ein kammartiger Rest im hinteren Scheidengewölbe. Die rechte Scheide war nur für einen Finger durchgängig, die rechte Portio ist nicht deutlich, sondern ein flacher Trichter. Die Sonde geht beiderseits $6^1/_2$ cm in das cavum uteri ein, links etwas nach vorne, rechts etwas nach hinten. Beide Uteruskörper gehen stumpfwinklig auseinander. Ihre Verbindung beschränkt sich auf den oberen Teil des Halses und ist nur kleinfingerdick breit. Andere Abnormitäten fehlen.

XII. Fall.

Uterus bicornis duplex cum vagina duplici.

Haematokolpos lat. dexter.

Aufnahme am 16. IX. 1901. J. 1900—1901: Nr. 239.

18 Jahre altes, früher gesundes Mädchen. Menses vom 14. Jahre an, unregelmässig, 6—8 wöchentlich, 4tägig, nicht reichlich, mit Schmerzen in der Regio iliaca dextra, welche gewöhnlich während der Menses und noch zwei Tage nach derselben andauern. 10 Tage vor Eintritt in die Klinik stellten sich ohne erkennbare Ursache heftige Schmerzen im ganzen Unterleib ein, so dass Pat. 2 Tage das Bett hüten musste. Nach weiteren 2 Tagen ging sie zum Arzt, um sich operieren zu lassen. Da aber die Schmerzen darnach nicht

schwanden, kam sie in die Klinik. Befund: Pat. zeigt mittelkräftigen Knochenbau, guten Ernährungszustand. Reg. iliaca dextra sehr empfindlich. Pat. zeigt auffallend breites Gesicht. Beckenmasse: Spinae 22; Cristae 22; Trochanteren 31,5; Diagonalis externa 19; Umfang 88. Äussere Genitalien normal, gut behaart. Hymen einfach und ringförmig. Introitus vaginae eng. Die Vagina eng, verengt sich links 5 cm vom Eingang faltenartig und der Finger kann die Portio nicht erreichen. Von rechts her wird die Vagina durch eine mässig pralle Schwellung verengt, welche mit normaler Vaginalschleimhaut überdeckt ist, so dass ein rechtsseitiger Haematokolpos diagnostiziert wird. Es wird zunächst ein Trocar in die Geschwulst, die bis auf 1 cm zum introitus vag. herabragt, eingestossen, das Quermesser durch die Kanüle eingeführt und quergestellt herausgezogen. Es entleeren sich ungefähr 500 g theerartiges Blut. Die Geschwulst war wirklich eine rechte Vagina mit geröteter Wand und im Scheidengewölbe fühlte man eine Portio vag. mit Ectropium. Jetzt fühlt man auch in der linken Scheide eine Portio vaginalis, welche rotbläulich aussieht, etwa 1 cm lang und 1,5 cm breit ist. Nach einigen Tagen wird die Trokaröffnung erweitert und das ganze Septum durchschnitten. Beide Corpora uteri divergieren und sind nur im Halsteil vereinigt. Die Höhlen der Uteri werden sondiert und die Sonde geht im linken Horn 7 cm, im rechten 6,8 cm in die Höhe. Andere Abnormitäten und Complicationen sind nicht vorhanden.

XIII. Fall.

Uterus bicornis subseptus unicollis, vagina simplex.

Aufnahme am 29. X. 1873. P.-Nr. 1165.

36 Jahre alte, seit 8 Jahren verheiratete Frau. Menses vom 14. Jahre an regelmässig, 4wöchentlich, 2—3 tägig, ziemlich reichlich, ohne Schmerzen. Pat. hat im 19. und 21. Jahre leicht geboren. Uterus deutlich gesattelt; die Sonde beiderseits 9 cm einführbar. Linkes Horn etwas grösser als rechtes und deutlich nach vorn gewendet. Vagina einfach.

XIV. Fall.

Uterus bicornis subseptus unicollis.

Vagina simplex.

Aufnahme am 22. III. 1876. P.-Nr. 1929.

26 Jahre alte Nullipara. Menses vom 14. Jahre an regelmässig, 4—5 wöchentlich, 6—7 tägig, mässig reichlich, ohne Schmerzen, zeitweise mit Stücken. Öfter Fluor. Patientin klagt über allerlei Beschwerden bei der Regel. Der Uterus wird durch eine vom Grunde ausgehende, kurze Sagittalscheidewand in 2 Höhlen geteilt. Die Sonde geht beiderseits 7 cm ein. Der Fundus uteri ist ganz leicht gesattelt. Vagina einfach.

XV. Fall.

Uterus subseptus unicollis. Vagina simplex.

Aufnahme am 21. II. 1876. P.-Nr. 1923.

36 Jahre alte, schwächlich gebaute, seit 1865 verheiratete Frau. Menses vom 15. Jahre an, unregelmässig, 4—8wöchentlich; seit dem 18. Jahre regelmässig,

4 wöchentlich, 5—8 tägig, nicht reichlich, mit starken Kreuzschmerzen. 1871 fand eine mässig schwere Geburt statt. Seit der Geburt heftige Kreuzschmerzen bei der Periode und bei starker Bewegung. Im Alter von 43 Jahren Menses unregelmässig, im 47. Jahre starke eitrige Endometritis, deshalb Erweiterung und Ausschabung des Uterus. Dabei wird eine vom Grunde ausgehende, bis beinahe zum inneren Muttermund reichende, sagittale Scheidewand gefunden. In der linken Höhle ein kirschgrosser Polyp. Fundus uteri zeigt keine Einssattelung. In der Vagina befindet sich sowohl an der vorderen wie auch an der hinteren Wand je eine 2 cm unter der Portio beginnende, bis an die Vulva reichende Leiste, deren Höhe 1 cm beträgt, welche mit ihrem narbigen Saume den Eindruck macht, als ob sie vor der Geburt eine vollständige Scheidewand gewesen wäre und bei der Geburt zerrissen sei.

XVI. Fall.

Uterus bicornis unicollis. Vagina simplex.

Aufnahme am 24. VI. 1878. P.-Nr. 2784.

24 Jahre alte Person. Menses vom 13. Jahre an, regelmässig, 4 wöchentlich, 3 tägig, reichlich, ohne Schmerzen, ohne Stücke. Im 11. Jahre ist Patientin gefallen, darnach Blutung aus den Genitalien. Seit dem Fall traten öfters Ohnmachtsanfälle mit nachfolgendem Schlaf ein. Stellten sich die Anfälle während der Menstruation ein, so hörte letzere auf. Im 16. Jahre trat nach schwerer Pflege eine 3 Wochen dauernde Blutung aus den

Genitalien ein, darauf Schmerzen im Leib bei Anstrengung. Fünf Tage später Krämpfe, die bei fortdauernder Blutung 4 Wochen lang bestanden und erst nach längerer Behandlung in der Klinik verschwanden. Im 20. Jahre gastrisches Fieber mit Krämpfen; ebenso im 24. Jahre; in beiden Fällen jedoch bald vorübergehend. In der Klinik stellt sich vor Eintritt der Periode ein Ohnmachtsfall ein; vorher waren solche nur in der internen Klinik öfter aufgetreten. Der Uterus ist gesattelt und nach rückwärts gebeugt und linksseitig durch alte Narben befestigt. Innen im Cavum uteri besteht kein Septum; doch sind beide Tubenecken deutlich weit. Vagina einfach.

XVII. Fall.

Uterus arcuatus. Vagina simplex.

Aufnahme am 11. X. 1880. P.-Nr. 3789.

27 Jahre alte Frau. Menstruation regelmässig, 4wöchentlich, 2—3tägig, nicht reichlich. Bei der 1. Geburt vor 6 Jahren Bauchlage des Kindes, verbunden mit Gesichtslagenhaltung. In dieser Lage befand sich das Epigastrium des Kindes direkt über dem innerenMuttermund. Die beiden knorpeligen Schenkel des kindlichen Epigastriums machten ganz den Eindruck einer sehr grossen Fontonelle eines Hydrocephalus. Es wurde Wendung auf die Füsse mit folgender Extraction gemacht. 1876 leichte Geburt; Kind kam in Schädellage. Bei einer Konsultation im 41. Jahre (im Jahre 1894) war der Uterus aussen leicht gesattelt, innen aber zeigte er sich

in zwei Hörner ausgezogen. Sonde konnte beiderseits nur 6 cm eingeführt werden. Vagina nicht verdoppelt.

XVIII. Fall.

Uterus bicornis, vagina simplex.

Aufnahme am 27. IV. 1884. P.-Nr. 4840.

34 Jahre alte, seit 6 Jahren verheiratete Frau. Menstruation vom 14. Jahre an, regelmässig, 4 wöchentlich, 7 tägig, reichlich, ohne Schmerzen. Fluor 2—3 Tage post menses. Geburten im 29., 31. und 33. Jahre, leicht, mit normalem Wochenbett. Patientin wird in die Klinik aufgenommen, weil sie öfter Schmerzen im rechten Hypogastrium gehabt hat, nach welchen wiederholt Blutgerinnsel im Urin gefunden wurden. Letzte Periode am 16. II. 1884, 7 tägig. Der Uterus hat am Grunde aussen eine deutliche Einbuchtung. Im Mai hat der Uterus die Grösse eines zu Anfang des 4. Schwangerschaftsmonats stehenden, mit sehr starker Einbuchtung am Grunde. Der linke Uterus ist mannsfaustgross, der rechte knabenfaustgross. Beiderseitige Adnexe deutlich abzutasten. Vagina einfach.

XIX. Fall.

Uterus subseptus unicollis. Vagina simplex.

Aufnahme am 12. VII. 1885. P.-Nr. 5373.

Patientin hat am 30. Mai 1885 das erste Kind normal geboren, stillte 4 Wochen; post partum keine Menses bis zum 9. Sept. 1885. Von da ab andauernde Blutung, welche am 23. Sept. stärker wurde; nach Secale aber aufhörte. Am 24. October wiederholte sich

die Blutung, hörte aber nach Secale ebenfalls auf. Am 5. Dezember erneute Blutung. Bei der Ausräumung des Uterus am 12. Oktober 1885 finden sich deciduale Wucherungen ohne deutliche Abortreste, vom Fundus uteri aus geht eine sagittale Leiste von 2 cm Höhe; Fundus uteri aussen nicht gesattelt; in der Vagina keine Verdoppelung.

XX. Fall.

Uterus bicornis subseptus unicollis. Vagina simplex. Aufnahme am 2. VII. 1886. P.-Nr. 5532.

25 Jahre alte Kapitainsfrau hat 1882 und 1884 jedesmal infolge Anstrengung bei Seereisen im 5. Monat abortiert, Mitte Juli 1887 nach 11stündiger Wehenthätigkeit ein Kind von 7 Monaten in Steisslage tot geboren. Menses traten darnach 2—3wöchentlich, 5tägig, sehr stark, mit Stücken, ohne Schmerzen ein. Nach Erweiterung der Cervix, welche zum Zwecke der Ausschabung vorgenommen wird, findet sich eine vom fundus ausgehende Scheidewand. Dieselbe zieht sich bis nahe zum os internum herab. Linkes Cavum uteri weiter als rechtes. Der Uterusgrund ist aussen deutlich gesattelt. In der Vagina finden sich auf der vorderen und hinteren Wand Reste eines Septums. 1889 hat Pat. ein reifes Kind leicht geboren, 1895 nach einem Fall einen Abort im 7. Monat durchgemacht. Im Mai 1897 bestand wieder Schwangerschaft im 4. Monat.

XXI. Fall.

Uterus subseptus unicollis. Vagina simplex.

Aufnahme am 23. IV. 1892. P.-Nr. 7669.

45 Jahre alte Frau hat sechsmal normal geboren. (I. partus 1870; VI. p. 1880). Seit 1889 Fluor albus. 1891 wurde Pat. wegen Endometritis polyposa, am 25. III. 1892 an einem Bruch operiert. Während des Heilungsverlaufes bemerkte Pat. wieder Fluor. Pat. wurde in die Klinik geschickt, weil die Leisten des Collum mit starkem Rissectropium von der Entbindung her den Eindruck eines Carcinomes machten. Fundus uteri breit, nicht gesattelt. Nach Ausschabung des Uterus, wobei in demselben deutlich eine vom Grunde aus beinahe bis zum os internum reichende Scheidewand erkannt wurde, wird ein Teil der verdächtigen Leiste fortgenommen und das Rissextropium operiert. Vagina einfach, hat aber Reste einer Scheidewand 2 cm hoch an der vorderen und ½ cm hoch an der hinteren Wand.

XXII. Fall.

Uterus arcuatus. Vagina simplex.

Aufnahme am 19. V. 1895. P.-Nr. 8691.

46 Jahre alte Frau hat 3 mal geboren. (I. partus 1874: totgeborenes Kind, wahrscheinlich Querlage; II. p. 1889 in Steisslage; III. p. 1891, Kopflage) Am 22. V. 1895 wurde nach Erweiterung des Uterushalses Auskratzung der Uterukörpers von sehr reichlicher, weicher Mucosa, womit die ganze Höhle erfüllt war, vorgenommen; darnach war die Innenfläche glatt; Fundus uteri breit und leicht eingebuchtet. Innen kein Septum, aber beide Tuben-

ecken erweitert und ausgezogen. Hinterfläche des Uterus stark fixiert, so dass ein Herabziehen unmöglich ist. Vagina einfach.

XXIII. Fall.

Uterus bicornis duplex. Vagina duplex. Pyokolpos lat. dexter.

Aufnahme am 15. I. 1898. P.-Nr. 9582.

14 Jahre altes Mädchen hatte Weihnachten 1896 21 Tage lang Blutung und Ende October und Ende November bis 3. Dezember 1897 4tägige Periode ohne Schmerzen. Untersuchung ergiebt: Vulva normal; Vagina (linke) eng, wird von rechtsher durch eine Geschwulst verengt. Am Ende der Vagina findet sich eine kleine, aber deutliche Portio vagin. mit einem runden Muttermunde, der nach rechts verzogen scheint. In dem scheinbar rechten Scheidengewölbe findet sich noch eine Öffnung von 3 mm, durch welche die Sonde eindringt und sich allseitig gut bewegen lässt. Aus dieser Öffnung quillt bei Druck auf die Scheidengeschwulst eitrige Masse hervor. Man kann durch diese Öffnung der Scheidewand die Sonde von innen in der Geschwulst fast bis zur Vulva herabführen. Daraus schliesst man, dass es sich um eine rechtsseitige verschlossene Scheide handelt. Bei der Operation wird eine Belocq'sche Röhre durch diese Öffnung in der Scheidewand eingeführt und nachdem der Knopf in der verschlossenen Scheide nahe der Vulva angekommen ist, wird auf ihn eingeschnitten, die Öffnung stark erweitert und ihr Rand umnäht. Die Sonde geht

in den linken Uterus 7 cm ein, in den rechten 6,8 cm. Man muss für den rechten Uterus eine Sonde mit dünnem Knopfe nehmen, dieselbe geht nach rechts hinten. Beide Hörner divergieren in stumpfem Winkel. Beide Corpora uteri gehen also auseinander und vereinigen sich in der Gegend des os int. Der linke Uterus ist grösser als der rechte. Die rechte Vagina ist chronisch entzündet, die Portio dieser Seite verkürzt.

XXIV. Fall.

Uterus bicornis subseptus unicollis. Vagina simplex. Aufnahme am 24. I. 1899. P.-Nr. 9948.

24 Jahre alte, seit 1897 verheiratete Frau hat 1898 nach einem Fall von der Treppe eine Frucht von 3 Monaten und im November 1898 eine Fleischmole geboren. Menses regelmässig, 4 wöchentlich, 8 tägig. Starke Blutung und eitriger Ausfluss machen Ausschabung nötig. Dabei findet sich eine vom fundus ausgehende, 1,5 cm lange Scheidewand. Os extern. sehr breit; in der Medianlinie findet sich auf der vorderen Wand des Collums eine niedrige Leiste. Aussen 2 Hörner fühlbar und zwar ist das linke Horn deutlich breiter und länger. Vagina einfach.

XXV. Fall.

Uterus bicornis subseptus unicollis. Vagina simplex. Aufnahme am 26. V. 1900. P.-Nr. 10404.

47 jährige Frau, hat von 1874 bis 1891 8 mal geboren. Menses bis 1898 regelmässig. Seit Januar 1900 beständig starke Blutung. Starkes Ectropium

des äusseren Muttermundes mit einem tiefen medianen Einriss der hinteren Muttermundslippe. Nach Erweiterung des Uterus findet sich eine 1,5 cm lange Scheidewand vom Grund ausgehend. Fundus leicht gesattelt, Vagina einfach.

XXVI. Fall.

Uterus subseptus unicollis. Vagina subsepta.

Aufnahme am 14. II. 1900. P.-Nr. 10620.

Gut gebaute, gesunde, seit $1^1/_4$ Jahren verheiratete Frau. Menses vom 18. Jahre an, regelmässig, 4wöchentlich, 5tägig, reichlich, mit Leibschmerzen, ohne Stücke, mit Migräne am 1. oder 2. Tage. Pat. klagt über starke Schmerzen bei der Cohabitation. Scheideneingang mit einfachem Hymen. In der ziemlich engen Vagina befindet sich eine sagittale, 5 cm lange Scheidewand, welche die Vagina in eine linke und rechte Scheide teilt. Beide Scheiden sind kurz vor der Portio vagin. wieder vereinigt zu einem einzigen Scheidenraum. Die Portio vagin. selbst ist normal, zeigt keine Andeutung von Verdoppelung; Uterus von normaler Grösse; Fundus uteri ohne deutliche Einkerbung, zeigt innen am Grunde eine sagittale, etwa 1 cm lange Leiste. Das Septum vaginae musste als alleinige Ursache der Schmerzen bei der Cohabitation getrennt werden. Es geschah das zwischen 2 angelegten Ovarienklammern. Als diese 2 Tage später fortgenommen wurden, trat eine Blutung aus der Schnittwunde ein, so dass Umstechung notwendig wurde.

XXVII. Fall.

Uterus bicornis subseptus uniforis. Vagina simplex. Aufnahme am 11. IV. 1879. 1878—1879 Nr. 54.

28 Jahre alte, unverheiratete IV. Gravida. Gravida hat rechtzeitig laufen gelernt und ist immer gesund gewesen. Menses vom 19. Jahre an, unregelmässig 3—4 wöchentlich, 1—2tägig, reichlich, mit Kreuzschmerzen, mit Stücken. Fluor nicht vorhanden. Gute Körperentwicklung, kräftiger Knochenbau und guter Ernährungszustand, keine Zeichen von Rhachitis. Kein Eiweiss im Harn. Beckenmasse: Spinae: 24 cm; Cristae: 27,5 cm; Trochanteren: 31 cm; Diagonalis externa: 19 cm; Umfang: 97 cm. Mammae schlaff; Montgomery-sche Drüsen gut entwickelt, Warzen kaum fassbar und schlecht abgesetzt. I. partus: 1870; Mädchen, in Fusslage; dasselbe lebt noch und ist gesund; Wochenbett 4 Tage, normal; Lactation 4 Wochen. Menses traten 6 Wochen post partum wieder ein. II. partus (praematurus): September 1875 in der Klinik, 2490 kg schweres 46 cm langes Mädchen, Extraktion bei vollkommener Fusslage, Wochenbett 13 Tage, normal; stillte 4 Wochen; Menses 8 Wochen post partum. III. partus: Dezember 1876 in der Klinik, 2800 g schweres, 47 cm langes Mädchen in zweiter Schädellage geboren; Wochenbett 12 Tage, normal; stillte 14 Tage; Menstruation trat 4 Wochen post partum wieder ein. IV. partus: 11. IV. 1879. Letzte Regel 9. VIII. 1878; erste Kindesbewegung Anfang Dezember. Frucht in 2. Schädellage. Beobachtung am 11. IV. 1879 um 7 Uhr früh: Os externum 5 cm

weit, Fruchtblase steht und wird durch die Wehen sehr gespannt; Kopf steht in Höhe der Beckenweite; grosse Fontanelle etwas vorn, Pfeilnaht ungefähr 20° vom queren Durchmesser des mütterlichen Beckens abgewichen, kleine Fontanelle hinten hoch und schwer zu erreichen. Um 7^{45} ist die Blase gesprungen; kindliche Herztöne schwach. Um 8^{15}: Muttermund vollständig erweitert; Pfeilnaht verläuft quer; grosse Fontanelle steht tief; kleine noch schwer zu erreichen. Um 8^{25}: Kopf geboren, Rumpf folgt bald nach; Frucht ist ein ausgetragener Knabe; Gewicht: 3070 g; Länge: 48 cm: Kopfumfang: grösster: 38 cm; gerader: 33 cm; kleinster: 29 cm; Schulterumfang: 34 cm; Schulterbreite: 11 cm; Hüftbreite: 8 cm; Kopfdurchmesser: grosser schräger: 13 cm; gerader: 11 cm; kleiner schräger: 10 cm; senkrechter: 9 cm; hinterer querer: 8,75 cm; vorderer querer: 7,5 cm. Placenta folgt leicht nach Credé'schem Handgriff; Placenta vollständig, Form: rund, Gewicht: 610 g. Masse derselben: 17 cm; 14 cm; 2 cm; Nabelschnur 63 cm lang. Um 9^{50} wird die Scheide mit 1% Thymollösung ausgespült und man entleert wegen fortdauernder Blutung manuell aus dem Uterus mehrere Gerinnsel. Dabei findet man, dass der Uterus ein Septum hat und die Frucht in der rechten Höhle gesessen hatte. Am 21. IV. ergab eine genaue Untersuchung: Vagina weit und nirgends Anzeichen von Verdoppelung. Levator ani vollständig und straff. Portiv vag. steht hinter der Mitte und etwas nach links. Os ext. für 1 Finger gut durchgängig. Das Septum uteri reicht vom Fundus aus bis 1 cm unterhalb des

os int. Die rechtsseitige Öffnung ist für 1 Finger bequem durchgängig; die Höhle weit und mit Lochien gefüllt. Linksseitige Öffnung des durch das Septum geteilten oberen Teiles der Cervix ist 1 cm weit. Der Uterus zeigt Anteflexio I und hat am Fundus aussen eine leichte Einbuchtung.

XXVIII. Fall.

Uterus bicornis unicollis. Vagina simplex.

Aufnahme am 20. X. 1880. 1880—1881. Nr. 12.

20 Jahre alte, unverheiratete, aus gesunder Familie stammende I. gravida, zeigt gute Körperentwicklung, kräftigen Knochenbau ohne Zeichen von Rhachitis. Auch die Anamnese ergibt, dass sie als Kind stets gesund gewesen ist. Menstruation vom 15. Jahre an, regelmässig, 4wöchentlich, 2—3tägig, mit Leibschmerzen, ohne Stücke, ohne Fluor. Die Regel blieb nur einmal vor 3 Jahren ein Vierteljahr lang aus, kehrte dann aber nach Gebrauch von Eisen wieder und blieb bis zuletzt regelmässig. Die letzte Menstruation war Anfang Februar; erste Kindsbewegungen Anfang Juni; Schwangerschaftsverlauf normal, nur in der ersten Zeit morgens Erbrechen. Die erste Untersuchung fand statt am 19. November. Befund: Leib ziemlich stark ausgedehnt, Uterus deutlich bicornis. Beckenmessung ergibt: Umfang: 91 cm; Spinae: 27 cm; Cristae: 30 cm; Trochanteren: 32 cm. Diagonalis externa: 20,5 cm. Schwangerschaftspigment im Gesicht, am Warzenhof, in der lina alba und an der Vulva wenig. Mammae nicht gross, Montg. Drüsen ziemlich

gut entwickelt, Warzen gut fassbar und gut entwickelt. In der Höhe des Nabels fühlt man den Kopf; der Steiss steht unten rechts vorn, der Rücken rechts, Herztöne rechts neben der linea alba in normaler Frequenz. Äussere Genitalien normal entwickelt, gut behaart; Damm $4^1/_2$ cm lang; Frenulum intakt; Clitoris und Harnröhrenmündung normal; Introitus vaginae weit, ebenso die Scheide, die durchaus einfach. Levator ani straff und intakt. Os externum ungefähr $3^1/_2$ cm weit, etwas nach links und hinten stehend. Fruchtblase steht noch, wird durch die Wehen mässig vorgetrieben. In der Wehenpause fühlt man den linken Fuss, wobei die Ferse nach rechts vorn, die Zehen nach links hinten liegen. Etwas höher, dicht hinter der Symphyse kann man die Sohle des rechten Fusses abtasten. Es war also eine vollkommene zweite Fusslage. Um 9^{30} vormittags war ohne Erfolg äussere Wendung versucht worden. Es erfolgte daraufhin eine mässige Blutung. Um 12 Uhr Muttermundsrand scharf, keine Blutung mehr Gleich nach 12 Uhr Blasensprung. Etwas unter dem Beckeneingang fühlt man die Tubera ischii der Frucht, die mit ihrem Querdurchmesser fast im geraden Durchmesser des mütterlichen Beckens verlaufen. Steissbein und After sind abzutasten und vor dem After die Ferse des linken Fusses, die sich nach hinten links verfolgen lässt. Aus der Fusslage war eine zweite vollkommene Steiss-Fusslage geworden. Die Wehen wurden nach dem Blasensprung etwas seltener, kindliche Herztöne blieben normal. Um 2 Uhr stand der Steiss in der Beckenmitte; Tubera ischii wie vorher; linker

Fuss liegt etwas vor der Mitte. Um 3 Uhr war der Muttermund vollständig erweitert und man fühlte die Zehen des linken Fusses mehr nach vorn; Herztöne schwach. Um 3^{35} kommt die rechte Hinterbacke mit dem Fuss und dem angeschwollenen Hodensack zum Durchschneiden, dabei erfolgt eine innere Rückdrehung, so dass der Querdurchmesser der Tubera ischii im linken schrägen Durchmesser des Beckens verläuft. Herztöne schon seit langer Zeit schwach, nicht deutlich hörbar; daher eine schnelle Beendigung der Geburt nötig. Nach Extraction des Rumpfes wird der Kopf durch Veit-Smellie'schen Handgriff herausgezogen. Das Kind ist ein gut entwickelter Knabe, von 3185 g und 51 cm; Kopfumfang: grosser: 38,5 cm; gerader: 35,5 cm; kleinster: 33,5 cm; Schulterumfang: 36,5 cm; Schulterbreite: 12,0 cm; Hüftbreite: 9,0 cm; Kopfdurchmesser: grosser schräger: 13 cm; gerader: 12 cm; kleiner schräger: 9,5 cm; senkrechter: 9,5 cm; hinterer querer: 9,25 cm; vorderer querer: 8,0 cm. Placenta wurde nach kurzer Zeit durch den Credéschen Handgriff entfernt; Form herzförmig; Gewicht: 565 g, Masse: 15 cm. 20 cm. 2 cm. Nabelschnur 56 cm lang. Wochenbett 9 Tage, normal. Untersuchung bei der Entlassung ergab: Vagina einfach, Uterus gut kontrahiert und am Fundus deutlich tiefe Einsattelung; innen findet sich kein Septum.

XXIX Fall.

Uterus subseptus uniforis. Vagina simplex.

Aufnahme am 24. I. 1881. 1880—1881 Nr. 30.

24 Jahre alte, unverheiratete II. Gravida ist als Kind stets gesund gewesen und hat rechtzeitig laufen gelernt. Menstruation vom 17. Jahre an, regelmässig, 4 wöchentlich, 4—5 tägig, ziemlich reichlich, mit Leibschmerzen, zeitweise mit Stücken. Kein Fluor. I. partus: am 8. III. 1880; 33 Wochen getragenes lebendes und gesundes Mädchen leicht geboren, Wochenbett 6 Tage, normal. Menses traten 4 Wochen post partum wieder ein und waren wie früher.

Zweite Geburt am 27. I. 1881: Letzte Menses Mitte Mai, erste Kindsbewegung 15. Oktober. Status praes: Ziemlich kräftiger Knochenbau ohne Zeichen von Rhachitis. Beckenmasse: Spinae: 23 cm; Cristae: $26^{3/4}$ cm; Trochanteren: 31 cm; diagonalis extra: $19^{1/2}$ cm; Umfang: 94 cm; Promontorium leicht erreichbar. Uterus queroval und nach rechts geneigt; eine Furche nicht fühlbar. Fruchtkopf liegt rechts oben, Steiss links unten, Rücken rechts vorn, kleine Teile links, etwas nach hinten. 2. Steisslage. Leibesumfang 102 cm; äussere Genitalien normal entwickelt, mässig behaart, Damm 4 cm breit, Frenulum intakt, Clitoris und Harnröhrenmündung normal, Jntroitus vaginae weit, Vagina ebenso keine Spur von Duplication, Beginn der Beobachtung um 11^{15} vormittags: Portio vaginal verstrichen, vor der Mitte, Muttermund 4 cm weit, Rand scharf. Fruchtblase steht, wird während der Wehen stark gespannt. Während der Wehenpausen fühlt man die kleinen Teile deutlich, welche bei Berührung in die Höhe zurückweichen. Beim Abtasten der erweiterten Cervix fühlt man auf der linken Seite etwas oberhalb des os externum einen

von der linken Collumwand sich abhebenden Saum; dieser erweist sich als ein an die linke Collumwand gedrücktes Septum. Um 1^{30}: Os extern. ca. 5 cm weit. Um 2^{30}: Os ext. beinahe 6 cm weit, das Septum noch deutlich zu fühlen; Blase steht noch, in derselben zu beiden Seiten die Füsse sehr deutlich, welche mit den Zehen nach rechts gerichtet scheinen. 11^{45} nachmittags: Os extern. vollständig erweitert. Am 28. I. früh 4^{32}: Fruchtblase gesprungen, es fliesst eine sehr reichliche Menge Fruchtwasser ab. Beide Füsse stehen in der Beckenmitte; rechter Fuss mit den Zehen nach rechts und etwas nach hinten sehend; Steiss auf dem Beckeneingang. 4^{38} ragt der rechte Fuss aus der Vulva hervor; der Steiss steht in Beckenmitte, 4^{45} wird der Steiss während einer Wehe geboren, der Rumpf folgt zugleich mit dem linken Fusse bis zu den Armen nach, die Arme werden gelöst und der Kopf mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff entwickelt. Das Kind, apnoisch geboren, schreit bald auf äussere Reize. Reifer Knabe von 2820 g und 46 cm; Kopfumfänge: 37 cm; 33 cm; 31,5 cm. Schulterumfang: 33,5 cm; Schulterbreite: 11,5 cm. Hüftbreite: 9 cm. Kopfdurchmesser: sagitale: 12,75 cm; 11 cm; 9,75 cm; quere: 9,25 cm; 7,75 cm. Placenta wird 7 Minuten nach dem Kinde leicht geboren, ist vollständig; Form oval; Gewicht: 604 g; Masse: 15 cm: 19 cm: 2 cm. Nabelschnur 50 cm lang. Untersuchung nach der Geburt ergab: Vagina einfach; Uterus kontrahiert; aussen am Fundus keine Einbuchtung; innen wird die Uterushöhle durch ein vom Grund des Uterus ausgehendes bis knapp an das os

externum herabreichendes Septum in 2 Höhlen geteilt. Die Frucht sass in der rechten Höhle; die Plazentarstelle ist in der rechten Ecke. Wochenbett 14 Tage, normal.

XXX. Fall.

Uterus bicornis subseptus unicollis. Vagina simplex. Aufnahme am 6. XII. 1887—1888. Nr. 27.

23 Jahre, unverheiratete, aus gesunder Familie stammende I-gravida, zeigt gute Körperentwicklung, guten Ernährungszustand, kräftigen Knochenbau ohne Zeichen von Rachitis. Ihre Schwester hat dreimal leicht geboren; sie selbst war bis zum 22. Jahre stets gesund; dann litt sie an gastrischem Fieber. Menses vom 17. Jahre an, unregelmässig, 2—3 wöchentlich, 3—8 tägig, ziemlich reichlich, ohne Schmerzen, ohne Stücke. Stets Fluor. Beckenform oval, Umfang: 90 cm; Spinae 32,5 cm, Cristae: 28,5 cm; Trochanteren: 33,5 cm; C. externa: 20 cm; Promontorium nicht zu erreichen; arcus pubis nicht verengt. Conception Ende April, letzte Menstruation Mitte April, erste Kindsbewegung Ende September und Senkung des Fundus uteri seit 23. Nov. Geburt am 21. XII. Beobachtung der Geburt seit 5 Uhr vormittags: Leib stark ausgedehnt, Nabel verstrichen, Uterus oval und um 20° nach links geneigt. Beide Unterschenkel geschwollen; aber kein Eiweiss im Urin. Äussere Genitalien gut entwickelt und gut behaart; Frenulum erhalten. Clitoris und Harnröhrenmündung normal; Jntroitus vaginae mittelweit; Vagina weit, glatt, zeigt keine Spur von Duplikation; fornix nicht abzutasten. Os extern.

4, 5cm weit, Fruchtkopf liegt oben, Rücken rechts, Steiss unten und Steissbeinspitze um 30° nach vorn vom queren Durchmesser des Beckens; Herztöne links in Nabelhöhe. 2^{00} nachmittags Blasensprung; os ext. 8 cm weit, After und Steissbein nach hinten. 3^{10} wird der linke Fuss, dessen Hacke vorher gefühlt worden war, lediglich zur Demonstration an den Zehen aus der Vulva herausgeholt. Bei der nächsten Wehe tritt die rechte Hinterbacke mit dem After ohne Unterstützung des Dammes heraus und alsbald folgt links hinten über dem Damm der linke Unterschenkel und dessen Knie. Der rechte Unterschenkel ist emporgeschlagen, wird während der Drehung des Rückens nach seitlich links vorn geschoben, dann links hinten durchgedrängt. Durch Druck auf den Fundus wird der linke Arm ganz und der rechte fast ganz über den Damm geboren und nun suchte der Operateur mit der rechten Hand den Mund des Kindes in der Kreuzbeinhöhlung, konnte ihn aber nicht finden. Er suchte dann mit der linken Hand in der rechten Beckenhälfte findet da aber zu seinem Verwundern das Hinterhaupt und die kleine Fontanelle, traut indess seiner Beobachtung nicht sicher und vermutet, dass zwischen Kopf und Thorax eine starke Verdrehung stattgefunden haben möge. Bei wiederholtem Versuch mit der rechten Hand auf der linken Mutterseite den Mund zu finden, dreht sich der ganze Kopf stark in der Weise, dass das vorher rechts vorne gelegene Hinterhaupt nach rechts hinten in die Kreuzbeinhöhle kommt. Bei Zug am Halse wurde das Hinterhaupt

über den Damm geboren, während das Gesicht zuletzt und zwar mit nach vorne gerichtetem Kinn unterhalb der Symphyse hervortritt. Die Nabelschnur war dreimal, mässig fest um den Hals geschlungen. Der Kopf bot die für Gesichtslagen Haltung typische Form. Bei der Ausspülung der Scheide wird das Collum stark ausgedehnt, aber ohne Risse gefunden. Am innern Muttermunde fällt ein Kamm von Fingerdicke auf und rechts davon fühlt man eine Öffnung in eine rechte Uterushälfte führend, welche sich bei der Wehe so stark verengt, dass der Zeigefinger nicht mehr durchgeführt werden kann. Die Öffnung des linken Hornes bleibt dabei bequem für 4 Finger durchgängig. Vom Fundus uteri bis zum inneren Muttermund besteht ein dickes Septum. Aussen ist eine deutliche Einsattelung zu fühlen; das rechte Horn erscheint als ein mannskopfgrosser Tumor. Die Decidua ist im linken uterus (gravidus) sehr dick; am reconstruierten Ei findet sich gleich oberhalb des Risses eine starke Ausbuchtung des Eies noch rechts, welche den Eindruck macht, als ob sie nicht nur im stark erweiterten Collum, sondern zum Teil noch in der rechten Uterushöhle gelegen hätte; wahrscheinlicher wird dies noch durch die starke Ausbuchtungder oberen Partie des Uterus-Halses mit Einschluss der gemeinschaftlichen unteren Uterushöhle. Die Frucht ist ein ausgetragener Knabe. von 3025 g und 48,5 cm; Wollhaare nicht reichlich; Nägel kaum überragend: Kopfumfänge: 36 cm; 33 cm; 32 cm; Schulterumfang: 37 cm: Schulterbreite: 11,5 cm; Hüftbreite: 9,5 cm; Kopfdurchmesser: $12^{3}/_{4}$ cm; $11^{1}/_{4}$ cm;

11 cm; senkrechter: 9,5 cm; hinterer querer: 9 cm; vorderer querer: 8,5 cm. Placenta wurde 7 Minuten nach dem Kinde mittels Crédé'schen Handgriff expriniert. Form rund, Gewicht 650 g; Masse: 17 cm: 17 cm: 2 cm. Nabelschnur 51 cm lang. Wochenbett 12 Tage, normal. Dies ist einer von jenen seltenen Fällen, bei welchen das Kind bei der Geburt trotz Steissfusslage Gesichtslagenhaltung hat und in dieser geboren wird. Entstanden ist diese, bei Steisslage so seltene Haltung nach der Demonstration von Schatz dadurch, dass mit der Erweiterung der oberen Hälfte des Collum durch die Schwangerschaftswehen etwa am Anfang des X. Monats das Ei, das bis dahin nur in der einen Uterushälfte lag und deshalb eine rein ovoide Form hatte, eine Nierenform mit der Concavität nach rechts bekam. — Beide Uteruskörper waren ja sehr hoch hinauf mit einander verbunden. Das Kind, welches in zweiter Steisslage darin lag, musste deren Krümmung folgen und sich über seine Rückenfläche zu Gesichtslagenhaltung krümmen, wenn es ihm nicht möglich war, einen Positionswechsel zu I. Steisslage vorzunehmen. Schatz will nicht entscheiden, ob dieser Positionswechsel durch die umschlungene Nabelschnur oder durch die in's Collum links eingetriebenen unteren Extremitäten verhindert worden ist. Der Geburtsmechanismus des nachfolgenden Kopfes war sehr charakteristisch normal. Man muss sich fragen, ob nicht solcher Mechanismus bei nachfolgendem Kopf, den man sich gewöhnlich durch Anhaken des Kinnes über der Symphyse erklärt, öfter durch primäre Gesichtslagenhaltung des Kindes bei Steisslage erzeugt ist.

XXXI. Fall.

Uterus bicornis duplex. Vagina simplex.

Aufnahme am 24. II. 1894. 1893—1894. Nr. 110.

30 Jahre alte, unverheiratete II-gravida, lernte mit $1^1/_2$ Jahr laufen, war bis zum 14. Jahre stets gesund. Menstruation vom 21. Jahre an, regelmässig, 4wöchentlich, 2tägig, reichlich, mit Schmerzen im Hypogastrium, mit Stücken. Die Gravida ist 81 kg schwer, 157,5 cm lang und zeigt kräftigen Knochenbau, guten Ernährungszustand und keine Zeichen von Rachitis. Beckenform oval, Maasse: Spinae: 24 cm; Cristae: 28 cm; Trochanteren: 35 cm; cexterna: 20 cm; Umfang: 96 cm. I. partus: Dezember 1890, ausgetragener Knabe in Kopflage nach 10 Stunden langer Geburtsdauer leicht geboren; Mutter stillte 4 Wochen. Menses kamen ein halbes Jahr post partum wieder. II. partus: 14. V. 1894. Letzte Menstruation Juni (?) 1893; erste Kindesbewegung Ende Novemher. Die Beobachtung begann am 13. V. nachmittags. Leibesumfang: 103 cm. Uterus ragt bis 1 Finger vom Rippenbogen, ist oval, um 15° nach rechts geneigt. Fruchtkopf liegt unten, Rücken der Frucht rechts. II. Schädellage. Fruchtwasser ziemlich viel. In der mittelweiten Vagina median an der hinteren und vorderen Wand eine von der Portio bis zur Vulva reichende starke Leiste (wahrscheinlich von einer Scheidewand einer Vagina septa completa, die bei der Geburt zerrissen ist). Vaginalwand ziemlich gut angeheftet, besonders links. In der rechten Scheide ragt eine Portio vaginalis herab, welche schon verstreicht. Ihr os ext. ist gut 1-markstück gross und ihr Rand noch

nicht scharf, sondern ca. 0,5 cm dick; canalis colli ist entfaltet. Fruchtblase steht. Der Fruchtkopf ragt knapp zur Hälfte ins Becken herab. Die Pfeilnaht verläuft quer. In der linken Hälfte der Vagina hochgehend fühlt man eine zweite Portio vagin. als einen kleinen Zapfen ziemlich hoch links und hinter dem durch den Kopf entfalteten rechten Collum abgehend. Dieses zweite os ext. zeigt die Gestalt eines kleinen Grübchens, das entsprechende Corpus uteri ist nicht deutlich zu fühlen. $12^1/_4$ Uhr vormittags: Der rechte äussere Muttermund 5-markstück gross, sein Rand scharf. Blase ist während der Wehen sehr prall. Gleich nach 12^{30}: Blase in der Vulva sichtbar, springt bald nachher und der Kopf wird schnell in zweiter Schädellage geboren, der übrige Körper folgt bald. Nach der Geburt fühlt man deutlich 2 Hörner des Uterus. Der rechte Uterus kontrahiert sich gut. Sein Fundus steht wenig über der Mitte zwischen Nabel und Symphyse und etwas über dem Fundus des linken Uterus, welcher ziemlich weit nach hinten geht. Das Kind ist ein ausgetragenes Mädchen von 2950 g und 49 cm; Placenta wurde 20 Minuten nach dem Kinde geboren; Form oval; Gewicht: 620 g; Masse: 19 cm; $13^1/_2$ cm; $2^1/_2$ cm; Nabelschnur 41 cm lang; Wochenbett acht Tage lang, normal.

XXXII. Fall.

Uterus bicornis duplex. Vagina simplex.

Aufnahme am 24. III. 1894. J. 1893—1894. Nr. 119.

24 Jahre alte I-gravida, hat rechtzeitig laufen gelernt und war bis jetzt stets gesund. Menstruation

vom 18. Jahre an, regelmässig, ohne Schmerzen, ohne Stücke, nie Fluor. Die Gravida ist 152,2 cm lang und 60 kg schwer und zeigt mittelkräftigen Knochenbau ohne Zeichen von Rachitis, guten Ernährungszustand. Beckenform rund; Spinae 26 cm; Cristae 30 cm, Trochanteren 31 cm; C. externa 19; Umfang 83 cm. Letzte Menses 15. -17. VIII. 1893; erste Kindsbewegung Mitte März. Geburt am 10. VI. 1894. Beginn der Beobachtung um 4^{40} vormittags: Leibesumfang 87 cm. Uterus ist umgekehrt birnenförmig, reicht bis auf Fingerbreite vom Rippenbogen und ist um 20° nach rechts geneigt. Fruchtkopf steht unten und zwar zu $^1/_3$ über dem Beckeneingang. II. Schädellage. Fruchtwasser ziemlich viel. Vagina kaum mittelweit, Wand ist glatt, gut angeheftet, wird im oberen Drittel durch eine sagittale Scheidewand in zwei Scheiden getrennt. Jede Vagina hat je eine Portio vaginalis. Das Septum verdünnt sich nach oben bis zur Portio so stark, dass man bei der Untersuchung zweifelhaft wird, ob man nicht von beiden Seiten her dieselbe Portio fühlt. Linke Portio rund und kleiner als die rechte. Beide befinden sich sehr nahe dem Septum. Um 8^{50} nachmittags drängt der Kopf gegen das Septum an und dieses wird durch den Druck des Kopfes stark gedehnt. Nach Durchtrennung des Septums mit der Scheere wird der Kopf in normaler Weise und ohne weitere Verletzungen der Genitalien geboren. Bald nachher ist auch der übrige Körper geboren. Mädchen von 2750 g und 48 cm; Wollhaare ziemlich viel; Nägel überragend. Placenta wird 10 Minuten nach dem

Kind leicht geboren; Form oval; Gewicht: 540 g 21 cm : 16 cm : 3 cm. Nabelschnur 42 cm lang. Die hintere Wand der Scheide und der Damm wenig gerissen. Nach der Geburt fühlt sich der Uterus immer noch etwas spindelförmig an; links davon hat man den Eindruck eines Myomes. Dieses wird jedoch als der zweite Uterus erkannt. Die mediane Scheidewand der beiden colla uteri ist eingerissen. Die Adnexe finden sich am rechten Uterus fast an der Spitze. Die Höhle des linken Uterus ist von weicher, aber nicht abgestossener Mucosa bedeckt. Wochenbett 13 Tage, normal. Im Wochenbett lässt sich die Furche zwischen beiden Uteri stark links von der Mitte nur für den Kundigen erkennen. Später wird die Furche so gut wie unkenntlich; ebenso formt sich der früher doppelte Muttermund zu einem einzigen um, mit ziemlich regelmässigen Rändern ohne nennenswerte Verbreiterung; nur verläuft in der Medianlinie hinten und vorn der kammförmige Rest der Zwischenwand ganz symmetrisch in der Scheide herab und wird im oberen Drittel höher, als Überrest der bei der Geburt durchschnittenen Scheidewand.

XXXIII. Fall.

Uterus bicornis unicollis. Vagina simplex.

Aufnahme am 13. VII. 1879.

22 Jahre alte, seit einem Jahre verheiratete, I-gravida. Hat im 1. Jahre laufen gelernt, war bis zum 14. Jahre stets gesund. Menstruation vom 14. J. an, unregelmässig, 2—4-wöchentlich, 2-3tägig, nicht reichlich, mit Leibschmerzen,

ohne Stücke. Fluor seit 2 Jahren. Gravida wiegt 61 kg, ist 161 cm lang und zeigt kräftigen Knochenbau, guten Ernährungszustand, ohne Zeichen von Rachitis. Spinae 21 cm; Cristae 26½ cm; Trochanteren 32 cm; Umfang 94 cm. Letzte Menstruation am 28. Nov. 1898. Geburt am 24. VIII. 1899. Umfang 89 cm; Uterus 2-fingerbreit vom Rippenbogen, deutlich links gelagert, spindelförmig; rechts lassen sich Adnexe nicht finden, dagegen ist rechts über dem Beckeneingang ein deutlicher Tumor, offenbar der rechte Uterus; zwischen ihm und dem schwangeren Uterus ist deutlich ihre Verbindung zu fühlen und abzutasten. Fruchtkopf liegt unten, Rücken rechts, Fruchtwasser gering. Beginn der Beobactung am 24. VIII. um 2^{30} vormittags. Vagina mittelweit, ohne Spur von Duplikation, Portio vagin. verstrichen, vor der Mitte, 1 cm lang. $1^{1}{}_{2}$ cm breit und kegelförmig, ohne Verdoppelung. Os extern. 5-markstückgross, Rand scharf; Canalis colli durchgängig; Fruchtblase steht. Kopf ragt gut bis an die Spinallinie. Um 1^{45} nachmittags Blasensprung, bald darauf wird der Kopf sichtbar. Um 2^{00} tritt der Kopf durch und der Körper folgt ohne Schwierigkeit. Nicht ausgetragenes Mädchen von 1800 g und 41 cm. Placenta folgt 8 Minuten nach dem Kinde, rund; Gewicht 300 g Masse 12 cm; 12 cm: 3 cm. Nabelschnur 56 cm. Wochenbett 19 Tage, normal.

XXXIV. Fall.

U. S. 12. Uterus bicornis unicollis.

Vagina simplex.

Das in Alkohol aufbewahrte Präparat ergab: Äussere Genitalien normal; Mons pubis gut behaart. Clitoris und Harnröhrenmündung normal. Introitus vaginae weit; ebenso die Scheide. Vaginalwand glatt und ohne Spur von Duplikation. Portio ragt nur wenig in die Scheide hinein und ist 1,5 cm breit. Os externum ist stecknadelkopfgross; Collum 3 cm lang, 2 cm breit; Canalis colli einfach, ohne Andeutung einer Zwischenwand. Beide Corpora uteri divergieren in der Gegend des os internum. Von dieser Gegend an bis zum Fundus ist der linke Uterus noch 5,5 cm lang, der rechte 6 cm. Beide Corpora sind je 2,5 cm breit bei einer Wanddicke von 6 mm. Beide sind etwas spindelförmig; die Tuben gehen von der Spitze des Corpus ab nnd sind gegen die Norm um das 3fache vergrössert. Beide Ovarien stark vergrössert. Ein ligamentum recto-vesicale ist nicht vorhanden.

XXXV. Fall.

U. S. 13. Uterus bicornis subseptus unicollis. Vagina simplex.

In Alkohol aufbewahrtes Präparat: Vagina nicht weit, die Vaginalwand zeigt in der unteren Partie Columnae vagin., aber keine Spur von Duplikation. Die Portio vagin. ragt 0,5 cm breit und 1,5 cm lang in die Scheide hinein. Collum 3 cm lang und 2 cm breit. Canalis collis zeigt keine Duplikation; das Corpus uteri hat zwei Hörner; innen wird es durch ein vom Grunde ausgehendes, 1 cm langes Septum geteilt. Das rechte Horn ist 3,2 cm lang, das linke 2,9 cm. Am Fundus

uteri besteht eine leichte Einsattelung. Bis an die hintere Wand desselben geht von der vorderen Wand des Rectums aus in der Medianebene eine sagittale Wand. Diese Membran dürfte eine Adhaesion sein.

XXXVI. Fall.

U. S. 15. Uterus simplex cum vagina septa.

Tag des Todes am 17. Mai 1899.

25jährige, seit 4 Jahren verheiratete Frau hat nie geboren, menstruierte immer regelmässig und ist in der medizinischen Klinik wegen eines Tumors in abdomine behandelt worden, dessen Natur intra vitram nicht sicher festgestellt werden konnte. Die Obduction ergab: Chronische tuberkulöse Peritonitis, derzufolge alle Dünndarmschlingen miteinander verwachsen sind und einen manneskopfgrossen Tumor bilden. Im linken Hypogastrium sind die Därme mit der vorderen Bauchwand und dem Uterus und seinen Adnexen verwachsen. Es besteht beiderseits chronische tuberculöse Salpingitis und käsige tuberkulöse Endometritis. Kein freies Exsudat in der Bauchhöhle. Keine Darmgeschwüre. In der Lunge vereinzelte, kleine, glattwandige, vollständig ausgeheilte Cavernen, aber keine frischen, tuberkulösen Herde. Braune Atrophie der Herzmuskulatur. Milz atrophisch. Leber und Nieren ohne nennenswerte Veränderungen. Den folgenden Befund am Genitalapparat gebe ich nach dem mir vorliegenden Spirituspräparat: Die Vagina ist doppelt; es verlaufen zwei Canäle nahezu parallel nebeneinander, durch ein 1—3 mm dickes, ziemlich genau in der Sagittalebene verlaufendes

Septum getrennt. Die rechte Vagina hat am Introitus einen Durchmesser von 2 cm, erweitert sich unmittelbar dahinter bis zu 2,7 cm und verläuft in gleicher Weise bis zur portio vaginalis. Die linke Vagina ist etwas enger; ihre Weite im introitus beträgt im Durchmesser 1,7 cm und verengt sich im geringen Grade während ihres Verlaufes bis auf 1 cm. Sie biegt unmittelbar vor der einfachen portio vaginalis gegen die Medianlinie hin um und mündet mit einer 1,02 cm im Durchmesser haltenden Öffnung in die rechte Vagina. Mit anderen Worten: Das die beiden Vagina trennende Septum reicht nicht bis zur portio vaginalis, sondern endet in einer Entfernung von 1,2 cm vor derselben. Die Länge des Septum beträgt vom introitus vag. bis zur erwähnten Kommunikationsöffnung beider Vaginen 5 cm. Die portio vag. bildet keinen Vorsprung, sondern ist flach; wahrscheinlich ist diese Form dadurch entstanden, dass die Vaginae zwecks Härtung in starken Alkohol gelegt und mit Watte ausgestopft wurden, um die Form und Lage derselben gut zu erhalten. Die portio vagin. liegt in der Verlängerung der rechten weiteren Scheide; des ostium ext bildet eine seichte Grube, die nicht in der Mitte, sondern etwas nach links und vorn liegt. Vielleicht ist diese Lage dadurch bedingt, dass der Cervikalkanal und Uterus mit den Vaginen linkerseits einen stumpfen Winkel von ca. 170° bilden. Collum uteri 3 cm lang, 2 cm breit; fundus uteri zeigt keine Einsattelung; Tuben und Ovarien bedeutend vergrössert; Tube und Ovarium der betreffenden Seite

verwachsen. Die beiden Tuben gehen von den Ecken des Fundus uteri aus. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt: Die Uterushöhle ist thatsächlich einfach; auch die Anordnung der Muskelzüge entspricht derjenigen bei einfachem Cavum. Die Uterusschleimhaut ist in ein lockeres, mit miliaren Riesenzellentuberkeln und käsigen Herden durchsetztes Gewebe verwandelt; nur nahe der Muskelgrenze finden sich noch vereinzelte Kurz- und Längschnitte von Utriculardrüsen. Die Tubenschleimhaut zeigt die gleichen Veränderungen; nur ist die Verkäsung noch weiter in die Tiefe vorgeschritten und die käsige Substanz liegt zum Teil der verdickten schwieligen Tubenaussenwand unmittelbar auf.

3. Tabelle

über die aus der Litteratur entnommenen und die von mir neu erbrachten Fälle.

Die von Kussmaul (42) und Fürst (22) veröffentlichten Fälle habe ich nicht mit angeführt, weil diese Arbeiten bereits die ganze ältere Casuistik zusammenfassen.

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
1.	Breisky, Archiv.f.Gyn. Bd. II, p. 85. 1871.	28?	Vom 16. J. an 4 w., 3—4 tg., krampfartige Schmerzen, aber keine Blutausscheidung.		Durchaus reglm. gebildet. Hymen einfach, ringförmig.
2.	Neugebauer, A. f. G. Bd. II, p 247 1871.	19. (1869)	Vom 17. J. an sehr rchl., 4 w., 6 tg., m. heftigen Schmerzen im Unterleibe.		Normal.
3.	Neugebauer A. f. G. Bd II p. 255 1871.	19.	Vom 16. J. an n. rchl. m. Schm. im Unterleibe und Kreuz sowie lästig. Druck auf Blase u. Mastdarm.		
4.	Schatz, A. f. G. Bd. II, p. 289. 1871.	21.	Vom 19. J. an 4 w., 6—8 tg., m. Schm.		Hymen einfach
5.	Schatz, A. f. G. Bd. II, p. 289. 1871.	17.			Hymen einfach.

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt; Intr. einfach. Ungefähr v. der Mitte ab Pyocolpos lat. dext.	Uterus septus, Pyometra lat. dext.		Ungewöhnlich breites Gesicht.	Plötzlich sprang der Blutsack und entleerte eine grosse Menge einer blassrötlichen, dicklichen, stinkenden Flüssigkeit.
Doppelt; die link. normal, etwa 2,5 cm oberhalb d. Intr. vag. beginn., Haematocolpos lat. dext.	Uterus bicornis duplex, Haematometra lat. dext.			Von der I. Regel an fühlte Pat. im Unterleib. eine i. jed. Regelzeit vergrösserte und schmerzhafte Geschwulst.
Doppelt.	Uterus doppelt; Haematometra lat. sin.			
Doppelt; linke Vagina mehr nach hinten	Einfach.	I. Kopflage Bei der Geburt ist das Septum in d. Vagina gerissen.		
Einfach.	Uterus bicornis unicollis; das link. Horn nach vorn., d. rechte nach hint. gerichtet.			

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
6.	Breisky, Korresp.-Bl. f. Schweizer-Ärzte. Nr. 4.	20.	Vom 17. J. an normal, dann Cess. mens. über 1 Jahr, nach 6 Mon. heftige linksseitige Schm., es entsteht ein Tumor.		Normal; Hymen einfach
7.	Magenau, Inaug.-Diss. Tübingen, 1872.	17.	Jm 13. J. heftige Schm. rechts im Unterleib. Vom 14. an M. rglm. wenig mit Schm., aus jed. Muttermund in gleich. Weise.	Sp. 25,0 Cr. 27,0 Troch. 31,8 Umf. 84,0	Normal. Hymen einfach
8.	Schatz, A. f. G. Bd. III, p. 304, 1872.	Neugeborenes.			Normal.
9.	Neudoerffer, Inaug.-Diss. Tübingen, 1873.	26. (1867)	Vom 14. J. an regelm., 4 w., m. heftigen Schm.	Normal.	Normal. Hymen einfach, ringförmig.

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt; Pyocolpos lat. sin.	Doppelt; Pyometra lat. sin.			
Vollständig doppelt. Pyocolpos lat. dext. (vorher Haematocolpos)	Ut. bicornis duplex. Pyometra lat. dext.			Nach d. Operation regelm. beschwerdelose Regel.
Doppelt; Blasen-Scheidenfistel	Doppelt.		Mastdarm öffn. sich in d. Kloake. Hand u. Fuss mit nur 3 Mittelhand- resp. Fussknochen u. 3 Fingern resp. Zehen.	Kind athmete unvollkommen, schrie nicht, trank nicht, starb 12 St. nach d. Geburt.
Einfach.	Ut. bicornis duplex. Pyometra lat. sin. Das Septum zwischen beiden Hörn. zeigte nach abwärts eine kleine Oeffnung.		Defectus ren. sin.	Haematometra sprang nach heftigen Schmerzen.

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
10.	Neudoerffer, Inaug.-Diss. Tübingen, 1873.	24.	Vom 16 J. an Tumor mit heftigen, 3 w. wiederkehr. Schm. keine Blutausschd. Nach spont. Berstung d. Blutsackes Regel rglm. 3 w., 4—5 tg.		Normal. Hymen einfach.
11.	Freund, Beitr. z. Geb. Bd. II, p. 27, 1873.	17.	Vom 13. J. an m. Krämpfen, unrglm., mit Schm.		Normal, Hymen einfach intact.
12.	Freund, Beitr. z. Geb. Bd. II, p. 27, 1873.	16.	Vom 13. J. an mit Ohnmachtsanfällen unrglm. mit Schm.		Normal. Hymen intact.
13.	Joseph, Beitr. z. Geb. Bd. III, p. 107, 1874.	3.			
14.	Teuffel, Inaug.-Diss. Tübingen, 1874.	22. (1873)	Vom 15. J. an rglm., 4 w., o. Schm., später unrglm., m. Schm. Blutaussch. trat rechts 24 Std. früh. als links ein u. hörte beiderseits gleichztg.auf.	Sp. 24.6 Cr. 28.2 Tro. 31. C. ex. 18. Umf. 75.	Normal

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt. Pyocolpos lat. dext.	Ut. bicornis duplex, Pyometra lat.dex. zwisch. beid. Hörnern wie Musculatur sich anzufühlendes Gewebe.			Nach d. Oper. menstruiren beide Uteri 6 Tage lang. Im link. trat d. M. 2 Tage früher ein, als im recht. und hörte 2 Tage früher auf.
Doppelt. Vom unteren $^2/_3$ ab Hämatocolpos lat. dext.	Ut. bicornis duplex; Haematometra lat. dext.		Auffallend breites Gesicht.	
Doppelt. Etwa von d. Grenze des unteren und mttl. Drittels Haematocolpos lat. dext.	Ut. bicornis duplex.			
Dopp., link. Vagina ist normal und enthält eine Port. vag., d. recht. endet blind u. ihre hint. Wand communicirt mit dem Rectum.	Einfach, normal.			
Doppelt, ungefähr 2 Zoll neben d. Intr. vag. begann Pyocolpos lat. dext.	Ut. bicornis duplex, Pyometr. lat. dext. Beide Halsteile wurden d. etw. 1.5 cm. br. derb. Masse verb., beide Uterushöhlen 6 cm. lang.			Vorher Haematocolpos-metra.

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse.	Vulva
15.	Nicolaysen, Schmidt'sche Jahrbücher Bd. 164. 1874.	21.	Vom 18 J. an unrglm., n. rchl., m. heft. Unterleibschm.		
16.	Breisky, A. f. G., Bd. VI. p. 89. 1874.	38. (1872)	Vom 18. J. an rglm., 4 w., n. rchl., ohne Beschw.		
17.	Staude, Schmidt'sche Jahrbücher Bd. 167. 1875.	32.	Normal.		
18.	Naecke, Schmidt'sche Jahrbücher, Bd. 171. 1876.	20.	Regelmässig m. Leibschm.		
19.	Freund, Zeitschr. f. Geb. Bd. I. p. 231. 1877.	60. 1876.	Regelmässig, 4 w., o. Schm. Seit dem 47. Lebensjahre Menopause.		Normal.
20.	Freund, Zeitschr. f. Geb. Bd. I. p. 231. 1877.	38.			

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Einfach.	Ut. bicornis, Haematometra lat. dext.		Defectus ren. dext.	Starb 9 Tage nach d. Oper. a. Peritonitis.
Doppelt, Hydrocolp. lat. sin.	Ut. bicornis duplex. Hydrometra lat. sin.	4 mal glücklich ohne Kunsthilfe lebende Kinder geboren, von denen d. erste nicht ganz ausgetragen war.		
Doppelt, Haematocolpos lat. dext.	Ut. bicornis Haematometra lat. dext.			
Doppelt. Haematocolpos lat. dext.	Ut. bicornis Haematometra lat. dext.			Starb 5 Tage nach d. Oper. a. Peritonitis.
Einfach.	Doppelt, (Ut. septus duplex) beim link. Atresie der Cervix, sarcomatöse Degeneration d. Fundusschleimhaut. Hydrometra lat. sin.	Nie.		Drängen und Schm. in d. Beckengegd., ein harter Tumor im Unterleib, Tenesmus d. Blase u. d. Mastdarms.
Doppelt; Haematocolpos lat. sin.	Ut. unicornis dext. Die Höhle 8.5 cm lang, d. linke Horn rudimentär.	2 mal (rechts).	Vorfall d. Scheidenwand.	

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
21.	Freund, Zeitschr. f. Geb. Bd. I. p. 231. 1877.	21 (1874)	V. 15. J. an, unrglm., 3—5 w., 5—7 tg., m. stk. Schm.		
22.	Freund, Zeitschr. f. Geb. Bd. I. p. 231. 1877.	45	V. 18. Jahre an Molimina menstrual., keine Blutausscheidg. N. d. Operat. rglm., 4 w., m. Schm. Nachh. unregelm. Menstrualblut nur aus link. Uterus.		
23.	Braus, Berliner klin. Wochenschr. Nr. 10 1877.	26	V. 14. Jahr. an rglm., m. Dysmenorrhoe.		
24.	Kormann, Schmidt'sche Jahrbücher. Bd. 182. 1879.	26	V. 18. Jahr. an.		
25.	Götz, Inaug.-Diss. Tübingen. 1879.	21	V. 19. Jahr. an, m. heftigen Leibschm., n. rchl.		

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Dopp., Haematocolpos lat. sin. Etwa 1cm abw. v. os ext. hat das Sept. e. stecknadelkopfgr. Öffnung.	Ut. bicorn. dupl. Haematometra lat. sin. D. recht. Horn liegt n. vorn u. s. Höhl. 6 cm l., d. link. n. hint. u. 9 cm lang.			
Einfach.	Ut. bicorn. dupl. Haematometra lat. sin. Die recht. Höhle 5 cm lang, die linke 8,5 cm.			
Doppelt. Pyocolpos lat. dext.	Ut. bicorn. dupl. Pyometra lat. dext.	1 Abort im 3. Monat.		Vorher Haematocolpos — metra.
Einfach.	Doppelt, n. d. Geb. Haematometra lat. dext. Durchbruch d. Eitermassen n. d. Darm, Heilg.	1 mal leicht, ausgetragener Knabe geboren.		
Doppelt. Haematocolpos lat. dext.	Ut. bicornis, Haematometra lat. dext.			Starb nach d. Operation an Peritonitis.

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
26.	Blackwood, Phild. med. Times. 25. Okt. 1879.	22	Die Menstr. trat aus recht. Uterus mit rechtsseitig. Schm. ein, nächste Menst. a. link. m. linkss. Schm. In dies. Weise wechs. beid. Seit. b. d. Menstr. ab; nur 1 Mal unt. 13 Menstr. beobacht. B. eine Abweichung, indem d. Blutung 2 Mal hint. einand. aus d. linken Uterus stattfand.		Hymen mit 2 Öffnungen
27.	Arning, Ein Fall von Pyometra lat. Strassburg 1880.	15 (1876)	Vom 13. J. an, rglm., 3 tg., rchl., ohne Beschw.		Normal.
28.	Freudenberg, Zeitschr. für Geb. Bd. V. p. 334. 1880.	16 (1877)	Vom 15. J. an, 4 mal menstr. dann nicht mehr, aber Molimina menstrual.		
29.	Prochownick A. f. G. B. XVII p. 317 1881.	20 (1880)	Vom 16. J. an, rglm., rchl., Menstr. trat a. beid. Ut. gleichzeitig u. in gleicher Stärke ein.	Sp. 21 Cr. 24 Troch. 26 C. ex 16,5 C. dig. 9 (knapp)	

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt.	Ut. sept. dupl. Die rechte Höhle 2,5 u. d. link. $2^3/_4$ cm lang. Beide Cerv. weich. ab um 30°			
Einfach, normal.	Uter. bicorn. unicollis. Pyometra lat. dext.			Spontaner Durchbruch des Eiters.
Einfach.	Ut. didelphys, Haematomtr. lat. dext.		Pyosalpinx dext.	Starb an d. Ruptur der Pyosalpinx.
Einfach. Die prolabirte Vaginalwand bildete eine Geschwulst m. prolabirt. Uterus.	Ut. sept. dupl. Prolaps. Beide Höhlen 7,5 cm., Sept. ca. 1 cm dick.		Defect des Dammes.	

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse.	Vulva.
30.	Kubassow, A. f. path. Anatomie. B. XCII. p. 81. 1883.	24	Vom 17. J. an, 2—3—4 w., 3—4 tg., nach d. Ehe 1½—2 w., n. rchl. o. Schm. Menstr. abwechselnd v. recht. und vom linken Uterus.		Normal.
31.	Derselbe.	38 (1881)	Regelmässig.		
32.	Meyer, Inaug.-Diss. Zürich. 1883.	16	Vom 14. J. an, mit Schm.		Schwach entwickelt.
33.	Henderson. Glasgow. med. journ. Bd. XIX. 1884.	39	Vom 16. J. an, rglm., 3w., 8tg, während d. I. Gravidität stärk. als gewöhnl., währ. d. II. bestand fast constant blutig. Ausfl. während der III. Menstr. noch 3 mal. IV. V. VI. Grav. verliefen normal. Währd. d. Lactation setzten die Menses aus.		

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt, die linke enger als d. rechte.	Ut. bicorn. dupl.; der rechte grösser als der linke.			Coitus durch recht. Vagina, schmerzhaft.
Doppelt.	Ut. bicornis duplex.	Mehreremal glücklich niedergekom. 1 Abort i. d. 5. Woche, während Febris recurrens		
Doppelt. Haematocolpos lat. sin.	Ut. bicornis. Haematometra lat. sin.			
	Ut. bicornis unicollis, das Septum beginnt 1 Zoll über den Os ext. Die linke Höhle 1 Zoll, die rechte 3,5 cm lang.	7 mal normal, ohne Kunsthilfe. VII. Gravidität in der linken Höhle.		

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
34.	Kleinwächter Z. f. Geb. Bd. XI. p. 254 1884.	45 (1885)	Normal menstruiert, seit kurzem unrglm.	Sp. 29 Cr. 31,5 C. ex. 19,5 Troch. 34.	Normal.
35.	Israel, Charité-Annalen XI. Jahrg. p. 824. 1886.		V. 18. J. an, rglm.		
36.	Palmer, New-York med. journ. 17. Juli p. 70. 1886.		Beide Uteri gleichzeitig.		
37.	Winter, Cntrlb.f.Gyn. p. 813. 1887.				
38.	Derselbe.	23			

Vagina	Uterus	Vorher-gegangene Geburten	Compli-cation	Bemerkg.
Doppelt, Pyocolpos lat. sin. Der Eitersack prolabirt vor die Vulva.	Ut. bicornis. Das linke Horn rudiment.	7mal.		
Doppelt.	Ut. bic. dupl. beide Hälften 6 cm lang, 4,5 cm breit, 4 cm dick und die Entfernung beiderSpitzen 8 cm.	8mal leicht.	Lig. recto-vesicale.	
Doppelt.	Ut. bic. dupl.			
Einfach, zeigt aber die Reste des Septums.	Ut. bicornis uniforis.	1 Abort im 5. Monat, in rechterHöhle, manuelle Placentar-lösung.	Lig. recto-vesicale.	Starb 3 Wochen n. der Geburt an Pyämie.
Einfach, zeigt aber die Reste des Septums.	Ut. bicornis unicollis.	1. Geburt (?) 2. Spontan, (links) Placenta durch einf. äusseren Druck gebor., andauernd. Blutung wegen Ruptura uteri.		Wegen Ruptura uteri wurde der Uterus total exstirpiert.

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse.	Vulva.
39.	Calderini, Ateneo med. 21. parmense 1887.	21	Von 15. J. an. nach d. Ehe (17.) trat Dysmenorrhoe auf.		
40.	Orthmann, Cntrbl.f.Gyn. p. 455 1888.	60 (1888)	Menopause vor 15Jahren.		
41.	Las Casas. Zeitschr. f. Geb. Bd. XIV p. 140 1888.	22 (1879)	Vom 17. J. an, unregelm.		Hymen gerissen.
42.	»	26 (1887)	Vom 14. J. an, rglm., ohne Schm.		
43.	»	28 (1878)	Vom 14 J. an, rglm.		
44.	»	34 (1885)	Vom 16. J. an, rglm.		

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
	Ut. septus duplex.	Eine, recht zeitig sie verlief normal.		Nach d. Discision d. recht. Cervicalhälfte tritt bald Schwangerschaft ein.
	Ut. subsept. Das Septum reicht bis zum Os int.	4 mal geboren 1 mal Abort.	Carcinoma portionis, cervicis et corporis	
Einfach.	Ut. didelphys Pyometra lat. dext.	Nie.		Vorher Haematometra.
Einfach, An d. hinter. Scheidenwand ein scharfer Strang von nicht narbig. Natur.	Ut. didelphys Die linke Höhle 6 cm, die rechte 8 cm lang.	3 mal Abort; 2 mal im 7. Monate, 1 mal im 8. Monate, beide Uterushöhlen gebraucht.		
Einfach.	Ut. bicornis.	1 Geburt links, normal.		
Einfach. An der hinteren Vaginalwand eine eigentümliche, kammartige Verdickung.	Ut. bicornis unicollis. Beide Höhlen 9 cm.	5 mal, normal.		

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
45.	Las Casas, Zeitschr. für Geb. Bd. XIV p. 140. 1888.	15 (1879)	Vom 14. J. an, blieb dann 3 Monat. lang aus, während dieser Zeit heftig. Schm., hierauf plötzl. starker Blutverlust (schwarz), jetzt normal.		
46.	Kinderlen, Zeitschr. für Geb. Bd. XV. p. 1. 1888.	32	Normal.		
47.	»	25	Vom 19. J. an, zuerst unregelm., dann rglm., rchl., m. Schm. nachher wieder unrglm.		Hymen erhalten.
48.	»	21 (1878)	Vom 19. J. an, rglm., mässig stark, 5 tg. m. Schm. in der recht. Seite d. Leibes, mit Stücken.		
49.	»	18 (1884)	Vom 15. J. an, rglm., profus, o. Schm.		

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Eng.	Ut. bicornis.			Haematometra, spontaner Durchbruch.
	Ut. bicornis. Haematometra lat. dext.	4 mal ohne Störungen geboren.	An der hinteren Wand der rechten Cervix ein wallnussgrosses Myom.	Haematometra, verursacht wahrscheinlich durch Hineinragen des Myoms in den Cervicalcanal.
Vagina subsepta.	Ut. bicornis duplex.		Parametritis et Perioophoritis dext.	
Doppelt. Vom 2. Fingerglied oberhalb d. Intr. vag. ab Haematocolpos lat. dext.	Ut. bicornis duplex, Haematometra lat. dext.			
Vagina subsepta. Das Septum reicht bis 4 cm oberhalb des Intr. vag.	Ut. bicornis duplex.			

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
50.	Kinderlen, Zeitschr. für Geb. Bd. XV. p. 1. 1888.	34 (1883)	Vom 13. J. an, rglm., in den ersten Jahren starke Molimina menstrual.		
51.	»	33 (1886)	Vom 13. J. an, rglm. 4 w.		Normal.
52.	»	27 (1885)	Vom 20. J. an, rglm., n. rchl., zuweilen mit heftigen Schmerzen.		
53.	»		Vom 13. J. an, rglm., 4 w. 8 tg., starke Schm.		
54.	»	35 (1884)	Vom 15. J. an, rglm. reichl.		

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt.	Ut. bicornis duplex.			
Doppelt.	Ut. bicornis duplex. Beide Hörner durch eine dünne Gewebslamelle verbunden. Die linke Höhle 7 cm., die rechte 6 cm.	1 Abort.		
	Ut. bicornis subseptus uniforis.	1 Abort, 1 zeitige Geburt, 1 Abort künstlich, im 3. Monate (rechts) 6 Monat nach dem Abort wieder Schwangerschaft im linken Horn.		
	Ut. bicornis unicollis.			
Einfach.	Ut. bicornis unicollis.	5 mal ausgetragene Kinder geboren. 6 mal abortiert.		

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
55.	Fuld, A. f. G. Bd. XXXIV. p. 191. 1889.	15 (1888)	Vom 13. J. an, sehr unrglm. heftige Schm. in d. linken Seite, dann im ganzen Abdomen. Seit 1887 während der Menstruation Bettruhe.	Sp. 27 Cr. 30,8 Toch 31 C. ex 19,8 Umf. 77	Normal.
56.	Krug, New-York med. Woch.-Schr., Bd. I. p. 610 1889.	16	Vom 13. J. an, rglm., 4 w. 3—4 tg. Seit 6 Monaten heftige Schm. vor und nach Menses.		
57.	Schramm, Cntrbl.f.Gyn. S. 185. 1890.	31	Regelmässig.		Normal,
58.	Gusserow, Charité-Annalen XV. p. 618 1890.	21 (1889)	Vom 19. J. an, unrglm., m. Schm.		
59.	Sicherer, A. f. G. Bd. XLII, p. 342.		Vom 14. J. an, unrglm., anfangs 2 w., 3—4 tg. dann 5 - 6 w., jetzt 4 w. 2—14 tg., mit Leibschmerzen.		

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt, von etwa 3cm über den Scheideneingang ab Haematocolpos lat. sin.	Ut. bicornis. Haematometra lat. sin. Die rechte Höhle 7 cm lang.		Haematosalpinx sin.	
Doppelt. Haematocolpos lat. dext.	Ut. bicornis Haematometra lat. dext.			
Doppelt, die linke etwas weiter als d. rechte.	Ut. septus duplex.			
Doppelt, Pyocolpos lat. dext.	Ut. subseptus Das Septum reicht bis zur Gegend des inneren Mutter-	1 Abort im 3. Monat in recht. Höhle, Curette.		
Doppelt. Pyocolpos lat. dext.	Ut. bicornis duplex. Pyometra lat. dext.			

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse.	Vulva
60.	Cipinsky, Cntrlb.f.Gyn. p. 878. 1898.	26	Vom 13. J. an, rglm. 4 w., 5—6 tg., n. rchl. o. Schm.		Normal.
61.	Machenhauer, Cntrbl.f.Gyn. p. 878. 1893.		Vom 15. J. an, rglm. 4 w., 8 tg., rchl., m. Schm.		Normal.
62.	Weinlechner, Cntrbl.f.Gyn. p. 878. 1893.	28			
63.	Westermayer Inaug.-Diss. Erlangen. 1894.	33 (1893)	Vom 19. J. an, rglm. 4 w., 3 tg. n. rchl.		Normal.
64.	»	19 (1894)	Vom 16. J. an, unrglm., 2—6 w. 3—4 tg. schwach, mit 18. plötzlich Blutung dann rglm. 3 w., 3tg., schwach m. Schm.		Normal. Hymen ringförm.
65.	Löhlein, Cntrlb.f.Gyn. p. 997. 1894.	18 (1894)	Vom 16. J. an, rglm; anfangs schmerzlos seit 1 Jahr Dysmenorrhoe.	Sp. 29.5 Cr. 31	

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt.	Ut. septus duplex.	1 Abort in der 10. Woche aus d. recht. Höhle, gleichzeitg. Blutung aus d. linken Höhle.		
Vagina subsepta. Das Septum von der Portio ab an der vorderen Wand ca. 4 cm, an d. hinteren ca. 3 cm lang.	Ut. bicornis septus.			
Doppelt. Die linke Hälfte viel weiter als die rechte.	Ut. bicornis duplex. Der rechte schlecht entwickelt.			
Doppelt, Pyocolpos lat. dext durch Gonorrhoe.	Ut. bicornis duplex. Der rechte Uterus rudimentär entwickelt.			
Doppelt. Pyocolpos lat. sin.	Ut. bicornis duplex. In der Cervix eine Communication.			
	Ut. didelphys Haematometra lat. dext.		Haematosalpinx dext.	Laparotomie.

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
66.	Merttens, Cntrlb.f.Gyn. p. 1001. 1894.	26 (1894)	Vom 14. J. an, anfangs recht rchl., später 6—8 w.		Normal.
67.	Simon, Cntrlb.f.Gyn. p. 1313. 1894.	48	Unregelmässig, rchl.	Normal,	
68.	Spiegelberg, A. f. path. Anatomie Bd. CXLII, p. 554. 1895.	33	Regelmässig.		
69.	Mettenheimer, A. f. Gyn. Bd. L. p. 221. 1896.	Neugeborene.			

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Vagina subsepta. Das Septum reicht bis ca 2,5 cm oberhalb des Hymen.	Ut. bicollis uniconporeus mit Atresia colli dext. Vom os ext sin. Uterushöhle $6^3/_4$ cm lang.			
	Ut. didelphys.	7 mal geboren: 1 mal wegen Wehensschw. Zange, die ander. 6 Geb. verliefen rasch; nur 1 Kind lebt, 1 totgeboren, alle anderen starben früher.		
Doppelt; die rechte Vagina weiter als die linke.	Uterus bicornis duplex, das rechte Horn 5 : 3, das linke 3,5 : 2,5, die rechte Portio 0,5 : 1,5, die linke 1mm lang.	1 mal, gesundes Kind.	Defectus ren. sin.	
Doppelt.	Uterus septus, duplex.		Atresia ani.	

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
70.	Lackie, Edinb. med. Journ. März 1897.	24	Vom 16. J. an, rglm., 4 w. mit Schm. Nach d. Operation rglm. 2 w., umschichtig a.d. rechten, und aus d. linken Horn menstruiert.		
71.	Ramer, Inaug.-Diss. Zürich. 1898.	19	Vom 15. J. an, anfänglich rglm., 5—10 tg. n. rchl., Dysmenorrhoe.		Normal.
72.	Chavane, Cntrlb.f.Gyn. p. 1211. 1898.	27			
73.	Hegar, Cntrlb.f.Gyn. p. 1303. 1898.	16	Vom 14. J. an, unrglm., mit stark. Schm.	Infantile Beckenform.	

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Einfach.	Ut. bicornis unicollis.			
Doppelt, Pyocolpos lat. dext.	Ut. bicornis duplex, der rechte Cervicalkanal erweitert.			½ Jahr nach erster Menstruation spontanes Platzen der Pyocolpos.
	Ut. bicornis duplex. In Folge des Wachsens d. linken Uterus hatte derselbe sich um seine Achse gedreht und war in Folge sein. Schwere nach hinten und unten gesunken.	1 Abort in der linken Hälfte, Placenta bleibt zurück und verjaucht.		
	Doppelt, mit einseitiger Haematometra.		Am Thorax u. Abdomen dicht. Behaarung m. fein., 15—20 mm langen Härchen, d. unt. Teil d. Linea alba zeigt männlichen Behaarungstypus.	

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
74.	Schlutius, Cntrlb.f.Gyn. p. 436. 1898.	21	Vom 15. J. an, unrglm., 4—7 w., 5 tg. mit heftiger Dysmenorrhoe.		
75.	Pick, A. f. Gyn. Bd. LVII. p. 596. 1899.	43 (1897)	Regelm., 1—2 tg.,	Sp. 24,5 Cr. 28 C. ex 21,8	
76.	Lesser, Cntrlb.f.Gyn. p. 82. 1899.	19	Normal.		
77.	Oker-Blon, Cntrlb.f.Gyn. p. 1075; 1899.	34 (1898)	Vom 15. J. an, 3 w., 3 tg., dann 4 w., 6 tg., seit 20 J. mit Schm. beide Uteri menstruiren gleichzeitig.	Weit und regelmässig.	Normal.

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten.	Complication	Bemerkg.
Doppelt.	Ut. bicornis septus. (Ut. semibipartitus.)		Morbus Basedowii.	
Doppelt.	Ut. bicornis duplex.		Myoma uteri.	Hysteromyotomie.
Doppelt.	Doppelt.		Kloakenbildung.	
Einfach.	Ut. didelphys. Der rechte Uterus 7,5, d. linke 5 cm.	1. reifes Mädchen. 2. reifes Mädchen im recht. Uterus, 3. Abort (links), 4. reifes Mädchen, 5. Abort (rechts) 6. Abort (links), 7. Abort (rechts), 8. Abort (links), 9. Graviditat (links). Ende VIII. Monats hören Kinderbewegungen auf.		

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
78.	Schatz, Rostocker Klinik I. 1875.	30 (1875)			-
79.	» II 1880—1882. S. 185.				Normal.
80.	» III. 1883—1884. S. 11.	22	Vom 14. J. an, 2—3—4 w., 1 tg., m. Lendenschm., n. rchl., ohne Stücke.		Normal.
81.	» IV 1883—1884. S. 169.	46	Vom 16. J. an, rglm., 4 w., 5 tg., rchl., m. Rückenschm. o. Stücke.		Normal.
82.	» V 1896—1897. Nr. 147.	48	Vom 18. J. an, rglm., 4 w., 8 tg., o. Schm., rchl., mit Schoossschmerzen.		Normal.
83.	» VI 1897—1898. Nr. 122.	44	Vom 19. J. an. rglm., 4 w., 4—5 tg., rchl., m. Schossschmerzen.		

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt. Beide Vaginae communicieren kurz vor d. Portio. Pyocolpos lat. dext.	Ut. bicornis duplex.			
Einfach.	Ut. bicornis subseptus unicollis, die linke Höhle etwas weiter als d. rechte.		Ein Tumor an dem Uterus.	
Einfach. eng.	Ut. subseptus unicollis, die linke Höhle etwas weiter als d. rechte.	1 Abort im 2. Monat.	Prolaps vag.	
Einfach.	Ut. bicornis subseptus unicollis.	4 alle leicht, Wochenbett jedesmal 14 Tg. normal.	Ein Tumor an d. hinteren Lippe d. Portio.	
Einfach.	Ut. bicornis subseptus unicollis.	4 1. ♀ 2. ♀ 3. ♂ 4. ♀, alle spontan, Wb. jedesmal 8 Tg. normal.	Ein Tumor an d. linken Seite des Uterus.	
Einfach, aber mit Resten des Septums an d. vorderen und hinteren Wand.	Ut. bicornis septus. Beide Höhlen gleich weit.	5, Wochenb jedesmal 4—14 Tage, 5. mit Puerperalfieber. 1 mal Foetus maceratus 10. Monat, Steisslage.		

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
84.	Schatz, VII. 1899—1900. Nr. 112.	20	Vom 13. J. an, rglm., 4 w., 4—5 tg., n. rchl., mit Kreuzschm., o. Stücke.		Normal, Hymen einfach, mit kleinem Riss.
85.	» VIII. 1899—1900. Nr. 243.	25	Vom 17. J. an, unrglm., 5—6 w., 5—6 tg., rchl., mit Leib- und Rückenschm., mit Stücken.		
86.	» IX. 1899—1900. Nr. 250.	27	Vom 18. J. an, rglm., 4 w., 8 tg., rchl., o. Schm., mit Stücken.		
87.	» X. 1900—1901. Nr. 113.	30	Vom 17. J. an. rglm., 4 w., 8 tg., rchl. m. Rückenschmerzen, o. Stücke.		Normal.
88.	» XI. 1900—1901. Nr. 146.	16	Vom 14. J. an, unrglm., 12 w., 2 tg., n. rchl., mit Unterleibschm., ohne Stücke.		Normal.

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt, die rechte Vagina endet als Blindsack hinter dem Introit vag., das Septum zeigt eine Comunication vor der Portio.	Ut. bic. dupl.			
Einfach.	Ut. subseptus uniforis.	1 mal spont., Wb. 6—7 Tg. normal. Jetzt Schwangerschaft (rechts).	Spondylolisthesis. Auffällig breites Gesicht.	Der nicht schwangere linke Uterus ist retroflect. u. lag einmal eingeklemmt zwischen d. schwanger. Uterus und dem Becken.
Einfach.	Uterus subseptus.	1 mal spontan, Wb. 12 Tg. normal. 1 Abort.		
Einfach, zeigt aber Reste d. Septums.	Uterus subseptus.		Ein Tumor an d. Uterus.	
Doppelt, Haematocolpos lat. dext.	Ut. bic. dupl., beide Höhien 6,5 cm lang.		Nicht breites Gesicht.	

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
89.	Schatz, Rostocker Klinik XII. 1900—1901. Nr. 239.	18	Vom 14. J. an, unrglm., 6—8 w., 4 tg., n. rchl. m. Schm.	Sp. 22 Cr. 28 Tro. 31,5 C. ex. 19 Umf. 88	Normal.
90.	Schatz, XIII. Privatjournal Nr. 1165.	36	Vom 14. J. an, rglm., 4 w., 2—3 tg., rchl., o. Schm.		
91.	» XIV. P. Nr. 1929.	26	Vom 14. J. an, unrglm., 4—5 w., 6—7 tg., mässig rchl., ohne Schm., m. Stücken.		
92.	» XV. P. Nr. 1923.	36	Vom 15. J. an, unrglm., 4—8 w., seit 18. J. rglm., 4 w., 5—8 tg., n. rchl., mit Kreuzschm.		
93.	» XVI. P. Nr. 2784.	24	Vom 13. J. an, rglm., 4 w., 3 tg., rchl., o. Schm., ohne Stücke.		
94.	» XVII. P. Nr. 3789.	27	Regelm., 4w., 2—3 tg., n. rchl.		

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt, v. unteren Drittel ab Haematocolpos lat. dext.	Ut. bicornis duplex.		Auffällig breites Gesicht.	
Einfach.	Ut. bicornis, beide Höhlen 9 cm.	2mal leicht.		
Einfach.	Ut. bicornis subseptus unicollis, beide Höhlen 7 cm.			
Einfach, 2cm unter der Portio beginnende, bis an die Vulva reich. 1 cm hohe Leiste auf d. vorderen u. hinteren Vaginalwand	Uterus subseptus unicollis.	1 mal, mässig schwer.		
Einfach	Ut. bicornis unicollis.			
Einfach.	Uterus arcuatus.	2mal; 1 Bauchlage, Wendung, Extraction; 2. Schädellage, leicht.		

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
95.	Schatz, XVIII. P. Nr. 4840.	34	Vom 14. J. an, rglm., 4 w., 7 tg., rchl., o. Schm.		
96.	» XIX. P. Nr. 5373.				
97.	» XX. P. Nr. 5532.	25	2—3 w., 5 tg., o. Schm., m. Stücken.		
98.	» XXI. P. Nr. 7669.	45			
99.	» XXII. P. Nr. 8691.	46			

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Einfach.	Ut. bicornis	3 mal leicht, Wb. normal 1 Gravidität links, d. rechte Ut. hypertrophiert. (Knabenfaustgross).		
Einfach.	Ut. subseptus unicollis.	1 mal normal geboren.		
Einfach, zeigt aber Reste des Septums.	Ut. bicornis subseptus unicollis, die linke Höhle weiter als die rechte.	4 Aborte; 2 mal je im 5. Monat in Folge See-reise. 1 mal im 7. Monat in Steisslage tot geboren, 1 mal im 7. Monat durch Fall. 1 reifes Kind normal geboren. Zur Zeit Gravidität.		
Einfach, zeigt aber Reste des Septums auf d. vorderen u. hinteren Wand.	Uterus subseptus unicollis.	6 mal normal geboren.		
Einfach.	Uterus arcuatus.	3; 1 (totgeborenes) Kind, wahrscheinlich Querlage. 2. in Steisslage, 3. in Kopflage.		

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse.	Vulva
100.	Schatz, XXIII. Privatjournal P. Nr. 9582.	19			Normal.
101.	» XXIV. P. Nr. 9947.	24	Regelmässig 4 w., 4 tg.		
102.	» XXV. P. Nr. 10404.	47	Regelmässig.		
103.	» XXVI. P. Nr. 10620.		Vom 13. J. an, rglm., 4 w., 5 tg., rchl., m. Schm. ohne Stücke.		
104.	XXXIV. Pathol. Inst. Rostock. U. S. 12.				Normal.

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Doppelt, Pyocolpos lat. dext., d. Septum hat eine Communication vor d. Portio.	Ut. bicornis duplex, der linke Uterus grösser (7cm), als d. rechte (6,8), d. Sonde geht da nach rechts hinten.			
Einfach.	Ut. bicornis subseptus unicollis, im äusseren Muttermunde zeigt sich eine Leiste; die link. Höhle weiter als die rechte.	1 Abort vom 3. Monat durch Fall. 1 Fleischmole.		
Einfach.	Ut. bicornis subseptus unicollis.	8 mal normal geboren.		
Doppelt, das Septum hat eine Communication vor der Portio.	Uterus subseptus unicollis.		Schmerzen bei der Cohabitation wegen Septum vag.	
Einfach.	Ut. bicornis unicollis, das rechte Horn grösser als das linke.			

Nr.	Autor, Ort und Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva
105.	XXXV. Pathol. Inst. U. S. 13.				
106.	XXXVI. U. S. 15.	25	Regelmässig.		

Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten	Complication	Bemerkg.
Einfach.	Ut. bicornis subseptus unicollis, das rechte Horn grösser als d. linke.			Adhaesion zwischen hinterer Uteruswand und vorderer Rectumwand.
Doppelt, die linke Vagina enger als die rechte und vor d. Portio mit d. recht. communicirend.	Einfach, Portio vag. ragt in die rechte Vagina.		Tuberculosis uteri et tubae. Tuberculöse Peritonitis.	

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse.	Vulva.	Vagina	Uterus	Vorausgegangene Geburten
107.	Schatz, A. f. Gyn. Bd. I, p. 12. 1870.	29 (1869)	V. 18. J. an, unrglm., 3—4 w., 1½—1 tg., m. Leibschm.	Weites Becken.	Normal.	Vagina subsepta, das Septum hat ca 1 cm weite Communication über seinem oberen Rande. Beide Vaginae gleichweit	Ut. bicorn. dupl., der linke Ut. lag links vorn, der rechte rechts hinten, der linke etw. grösser als der rechte.	
108.	Olshausen, A. f. Gyn. Bd. I, p. 41. 1870.	26 (1869)	V. 19. J. an, unrglm., 5—6 w., 4—5 tg., rchl., mit Dysmenorrhoe, m Stücken.		Hymen fehlt.	Einfach,	Ut. bicorn. duplex.	1. lebend. Kind in Fusslage, 2. in Gesichtslage starb nach 14 Woch.
109.	Schatz, A. f. G. Bd. II. p. 289. 1871.	29 (1871)	V. 19. J. an, rglm., 4w., 6—8 tg. m. heftig. Schmerz.		Normal	Doppelt, beide gleich weit.	Ut. bicorn. unicollis, das linke Horn weniger entwickelt als das rechte.	1. Abort vom 3. Monat. 2. Abort vom 4. Monat.

In welch. Uterus?	Verlauf der Schwangerschft.	Verlauf der Geburt.	Lage des Kindes.	Befund des Neugeborenen.	Nachgeburt.	Verlauf des Wochenbettes.	Veränderung des nicht schwangeren Uterus.	Complication.	Bemerkungen.
			Letzte Geburt.						
Links.		Schnell und leicht. (2 Stunden.)	1 Schädellage.	31 Woch. altes ♀ G. 1750, L. 41,5, asphyktisch geboren, nicht z. Leben gebracht	Normal geboren.	Am 3. Tg. Peritonitis; in d. link. Inguinalgegend ein Kindskopfgr. Tumor, Decubitus, Pyämie, Tod am 48. Tage nach d. Geburt.		Lig. recto-vesicale.	
Rechts.		Leicht, spontan.	Kopflage.	Lebendes Kind.				Ein linksseitiger Leistenbruch. In demselben link. Ut. u. Ovarium.	Vorher Haematometra lat. sin. operiert.
Vollständig wohl.	Das Septum spannte sich sehr straff über d. herabdrängend. und schon tief stehenden Kopf und verursacht. hft. Schm., n. Durchschneidg. d. Sept. w. d. Frucht extrahiert	1 Schädellage.	Auf Druck leicht zu entfernen, normal.						Das linke Horn stand viel tiefer als das schwangere rechte.

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva	Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten
110.	Schatz, A. f. G. Bd. II, p. 289. 1871.	26 (1870)	V. 14. J. an, 3 w., 4—5 tg., reichl. ohne Beschw.	Sp. 25,5 Cr. 29,5 Tro. 33,5 C. ex. 19,5		Einfach, zeigt aber Reste des Sept. an der Vaginalwand.	Ut. bicorn. dupl., das link. Horn liegt links vorn, das rechte rechts hinten, Divergenzwinkel über 90°.	1. leicht, ausgetragener ♂, Wb. 3—4 Tg.
111.	»	52 (1870)	V. 15. J. an, unrglm., 4—12 w., 3—8 tg. m. Schm. Seit 21. an rglm., 4 w.		Hymen kaum eingerissen.	Einfach, eng.	Ut. bicorn. unicollis das rechte Horn steht nach hinten, d. linke nach vorn. Divergenzwinkel ca. 120°.	
112.	»	34 (1870)	V. 15. J. an, 3 w., 7 tg., ohne Schmerzen.	Sp. 25,5 Cr. 29,5 Tro. 32,5 C. ex. 17 C. int. 10,5			Ut. bicorn. unicollis, das linke Horn kleiner als das rechte.	1. 2. ♀ Unterendl., starb b. d. Geb., 3. ♀ Unterendlage starb n. 1 J. 4. ♀ von 36 W. i. Kopflg., strb. n. 11 T 5. ♀ Kpfl., spontan lebt noch.

	In welch. Uterus?	Verlauf der Schwangerschft.	Verlauf der Geburt.	Letzte Geburt. Lage des Kindes.	Befund des Neugeborenen.	Nachgeburt.	Verlauf des Wochenbettes.	Veränderung des nicht schwangeren Uterus.	Complication.	Bemerkungen.
1.	Links.		Normal.	1. Schädellage.	♀ G. 2220, L. 46, starb n. 6 Tag. an Lebensschwäche	Folgt auf leichten Druck, normal.	Mit leichtem parametritischem Fieber.	Hypertrophie (faustgross) b. d. Geb. contrah. sich der rechte Uterus und erweitert das os ext.dext. etwas.		
	Rechts. Erbrechen, Mattigkeit, Urindrang, einmal ein Tag lang Blutung a. dem Ut.	Wegen Enge der Vagina, ungem. Erregtheit gebot sich d. Narcose Austritt d. Frucht rglm.	I Schädellage.	♀ ausgetragenes, lebendes Kind.	Folgt auf leichten Druck normal.	Normal.	Hypertrophie.			
6.	Rechts.	Vorfall d. pulslosen Nabelschnur. Wegen Beckenenge und langer Geburtsdauer wurd. d. Kopf d. tot. Kindes perforirt.	I Schädellage.		Spontan.	Normal.				Wahrscheinlich ist das erste Kind auch durch den linken Muttermund geboren worden.

8 Wochen vor der Geburt 2 Tumoren im Leibe bemerkt, welche als Zwillinge erschienen, nach der Geburt aber verschwanden.

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung.	Alter der Pat. bei der Consultation	Menstruation.	Beckenmaasse.	Vulva.	Vagina.	Uterus.	Vorhergegangene Geburten.
113.	Ollivier, Gazette medicale de Paris. p. 163. 1872.	42			Normal.	Doppelt.	Uterus didelphys	5 mal geboren, alle ausgetragen und zwar links. Wochenbett normal. (5. Kind Kopflage Zange.)
114.	P. Müller, A. f. G. Bd. V, p. 132. 1873.	34	Vom 16. Jahre an, rglm.			Doppelt, das Septum nur im oberen Teil.	Uterus bicornis duplex.	1. Abort im 6. Monat. 2. Mole im 4. Monat. 3. Kopflage wegen Geburtshinderniss Kephalothrypsie. Wochenbett normal. 4. Fusslage mit Nabelschnurvorfall, bereits abgestorbenes Kind extrahiert.

	Wievielte?	In welch. Uterus?	Verlauf der Schwangerschft.	Letzte Geburt. Verlauf der Geburt.	Lage des Kindes	Befund des Neugeborenen.	Nachgeburt.	Verlauf des Wochenbettes.	Veränderung des nicht schwangeren Uterus.	Complication.	Bemerkungen.
6.	Links.		Ende 9. Monat. Eclampsie.					Normal.			
5.	Rechts.	Regelmässig.		Es wurde auf Kopflage durch äusseren Handgriff gewendet, aber um Einkeilung d. linken Uterus zu vermeiden, wieder Fusslage hergestellt und extrahiert	Querlage.	Lebend.		Normal.	Hypertrophie (kleinfaustgross).		Der hypertrophierte Uterus keilt sich ins Becken ein, und verursacht Geburtsstörung.

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter der Pat. bei der Consultation.	Menstruation.	Beckenmaasse.	Vulva.	Vagina.	Uterus.	Vorhergegangene Geburten.
115.	Borinski A. f. G. Bd. X, p. 145. 1877.	38 (1876)	Vom 16. J. an, rglm.			Doppelt, die rechte Vagina etwas kleiner als die linke.	Uterus bicornis unicollis, der linke grösser als der rechte.	1. ♂ ausgetragen Schieflage, Wendung, Extraction, während d. Geburt abgestorben Wb. normal.
116.	Benicke, Zeitschr. f. Geb. Bd. I, p. 366. 1877.	28 (1876)		Sp. 27 Cr. 28 C. int. 11,5	Normal.	Doppelt, die linke weiter als die rechte.	Uterus didelphys, der rechte retrovertirt.	
117.	Mekus, Cntrlb. f. Gyn. p. 293 1880.	22 (1880)					Uterus unicorporeus.	

	In welch. Uterus?	Verlauf der Schwangerschft.	Letzte Geburt: Verlauf der Geburt.	Lage des Kindes.	Befund des Neugeborenen.	Nachgeburt.	Verlauf des Wochenbettes.	Veränderung des nicht schwangeren Uterus.	Complication.	Bemerkungen.
2.	Links.		D. Rumpf wurde extrahiert, aber der Kopf blieb fest eingekeilt in der linken Hälfte des Beckeneingangs, Kephalothrypsie.	Steisslage.	Kräftig, ♂	Wenige Min. nach dem Kinde spontan.	Am 3. Tage Peritonitis am 8. Tage Tod.	Hypertrophie, bildet Decidua		Der nichtschwangere Uterus bildete ein Geburtshinderniss.
1.	Links.		Zange wegen Wehenschwäche und zunehmender Schwellung des Septums. Das Septum reisst ca. 1 cm ab.	II. Schädellage.	Reif, ♂	Manuelle Lösung wegen schlechter Contraction und starker Blutung.	12 Tage, normal.	Hypertrophie (Sonde 11 cm) und steht nach hinten, was man nicht fühlen konnte.		
1.		Durch den link. Muttermund d. kleine, durch den rechten die grosse Fontanelle zu fühlen. Die Zwischenwand wirddurchtrennt, darauf Zange.		I. Schädellage.	Mittelstarkes ♀		Normal.			

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung.	Alter der Pat. bei der Consultation.	Menstruation.	Beckenmaasse.	Vulva.	Vagina.	Uterus.	Vorhergegangene Geburten.
118.	Werth, A. f. Gyn. Bd. XVII. p. 281. 1881.	39 (1880)	Vom 15. Jahre an, regelmässig, mit Kreuz- und Leibschmerzen.			Einfach.	Uterus bicornis unicollis, das rechte Horn nicht gut entwickelt.	2 mal, 1. rechtzeitig, mit Zange, Wochenbett normal, 2. rechtzeitig, spontan, Schädellage.
119.	Prochownick, A. f. Gyn. Bd. XVII, p. 317. 1881.	29 (1878)	Regelmässig.		Normal.	Einfach und kurz.	Uterus bicornis unicollis.	

1.	3.	Wievielte? In welch. Uterus?
Rechts.	Rechts.	Letzte Geburt.
Letzte Menses IX. 77. Vom 30. I.—10. II. 78 andauernde Blutung, Frösteln, Uebelsein, Kältegefühl, im Leibe.	Am 21. XII. 78 letzte Regel, die im Oct. erwartete Geburt erfolgte nicht. Am 1. XI. 79 hörte Fruchtbewegung plötzlich auf.	Verlauf der Schwangerschft.
Am 6. III. Geburt unter Colpeuryse und reichlich. warmen Irrigationen, Fötus in Kopflage geboren.	Durch Laparatomie die verjauchte Frucht entfernt.	Verlauf der Geburt
Rückenlage, Selbstwendung zur Kopflage.		Lage des Kindes.
Kind 28½ cm lang, lebt 13 Stunden.		Befund des Neugeboren.
10 Minuten nach dem Kinde durch äusseren Druck leicht geboren.		Nachgeburt.
Normal.	Starb 2 Tage nach der Operation an Peritonitis.	Verlauf des Wochenbettes.
		Veränderung des nicht schwangeren Uterus.
	Defectus ren dext.	Complication.
		Bemerkungen.

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse.	Vulva.	Vagina	Uterus	Vorausgegangene Geburten
120.	Dirner, A. f. G. Bd. XXII. p. 463. 1884.	29 (1883)	Vom 14. Jahre an, regelmässig, mit Kreuzschmerzen.	Sp. 25 Cr. 27 C. ex 20	Vestibulum gross, Clitoris normal, aus der Harnröhre hängt ein fast wallnussgrosser kammartiger Wulst hervor.	Doppelt, die rechte enger als die linke.	Ut. didelphys, zwischen beiden Uterushälsen ein 1—2 Fing. breites, membranöses Gebilde.	2 Abortus, beide links, 4—5. Monat.
121.	Strauch, Cntrbl. f. Gyn. p. 684. 1887.	22	Vom 15. Jahre an, regelmässig, 3 w., 6 tg. mit leichten Kreuzschm.	Normal.	Normal.	Doppelt, die rechte weiter als die linke.	Ut. didelphys, der rechte 9 cm, der linke 7.	

Wievielte?	In welch. Uterus?	Verlauf der Schwangerschft.	Verlauf der Geburt.	Lage des Kindes.	Befund des Neugeborenen.	Nachgeburt.	Verlauf des Wochenbettes.	Veränderung des nicht schwangeren Uterus.	Complication.	Bemerkungen.
1.	Rechts.	Letzte Regel II. 83.	D. Wehen begannen am 18. XI. 83. spontan.	II. Schädellage.	Reifes lebendes ♀ 2600 gr 46 cm Kopfumfang 34 cm	5 Min. nach dem Kinde spontan.	12 Tage normal.	Hypertrophie, bei der Geburt contrahiert.	Pat. übte den Beischlaf nicht durch die Vagina, sondern durch die Harnröhre aus, bei jedem Beischlafe entleerte sich Harn Nach der Operation (Dilatation des Introit. vag.) findet Schwangerung statt.	
			D. Eintritt d. Kopfes wurde durch d. Sept. i. d. Vag. verhindert. Nch Durchschndg. d. Sept. ($3^3/_4$ cm) w. d. Kind spontan geboren.	I. Schädellage.	Mittelgrosses lebendes Kind.	20 Min. nach d. Kinde spontan.	Normal.	Hypertrophie (Sonde 8 cm) Decidua wurde am 5. Tg. nach d. Geburt ausgestossen.		

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva	Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten
122.	Stebbnis, Boston and surg. journ. 12. Mai 1887.	36	Dysmenorrhoe.				Ut. bilocularis.	
123.	Engel, A. f. G. Bd. XXX. p. 43. 1887.	30 (1885)	Vom 25.—26. Jahre an, rglm., 4 w., zuerst aus der recht. Vagina u. dauerte 2 3 Tg., nachher aus der linken viel spärlicher und dauerte 1½ Tage.	Sp. 20.6 Cr. 24 5 C. ex. 19.4 Symphysenspalte.	Vollständig doppelt. Durch eine hühnereigrosse Geschwulst Verwachsung der zwei inneren grossen Schamlippen herbeigeführt.	Doppelt, die rechte weiter als die linke.	Ut didelphys.	

Letzte Geburt	
Wievielte?	1.
In welch. Uterus.	Rechts.
Verlauf der Schwangerschft.	Schwach und bettlägerig.
Verlauf der Geburt	Zange wegen Wehenschwäche
Lage des Kindes	Kopflage.
Befund des Neugeborenen	♀ G 2800 L. 49 Kopfumf. 32. Lebend.
Nachgeburt.	Manuelle Lösung. Pl. sass zum Teil auf dem Septum.
Verlauf des Wochenbettes	Peritonitis puerperalis. Genass nach 3 Monaten. Normal.
Veränderung des nicht schwangeren Uterus	Hypertrophiert.
Complication	Symphysenspalte, auffallend breites Gesicht, zwei Blasen und zwei Harnröhrenmündungen.
Bemerkungen	Rechte Blase entleert 2 oder 3 mal mehr Harn als die linke.

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva	Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten
124.	Mundé, Cntrbl. f. Gyn. p. 140. 1888.						Ut. bicornis.	2 mal Abort.
125.	Handfield Cntrbl. f. Gyn. p. 538. 1888.					Einfach, normal.	Ut. bicornis unicollis.	5 mal geboren, darunter eine Zwillingsgeburt wobei die eine Frucht faultot geboren wurde, welch. bereits seit 4—6 W. abgestrb. sein musste.
126.	Tauffer, Cntrbl. f. Gyn. p. 236. 1888.	36 (1887)	Regelmässig, nicht reichlich, ohne Schm.	Regelmässig.	Normal.	Doppelt.	Uterus didelphys,	1. Schädellage, spontan, Wb. normal, 2. Abort im 1. Monat, ohne Nachwehen. 3. Steisslage m. Arzt, Wb. m. leicht. Fieber, ein membranartiges Gebilde ausgestossen (Decidua ?)

| | | |

Nr	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva	Vagina	Uterus	Vorher gegangene Geburten
127.	Las Casas Zeitschr. f. Geb. Bd. XIV, p. 140. 1888.	28 (1886)	Vom 15. Jahre an, unregelmässig, 6—8 w., ohne Schm.	Sp. 26 Cr. 29 C. ex. 19		Einfach.	Ut. didelphys, die Zwischenwand zwischen beiden Hörnern ist sehr dünn.	1. Abort im 6. Monat.
128.	»	25 (1884)	Vom 15. Jahre an, regelmässig.				Uterus bicornis.	1. Geburt und Wochenbett normal.
129.	»	25	Vom 16. Jahre an, regelmässig.				Uterus bicornis.	1. Abort.
130.	»	24	Regelmässig			Einfach.	Ut. subseptus unicollis.	1 mal normal geboren.

In welch. Uterus?	Verlauf der Schwangerschft.	Verlauf der Geburt	Lage des Kindes	Befund des Neugeborenen	Nachgeburt	Verlauf des Wochenbettes	Veränderung des nicht schwangeren Uterus	Complication	Bemerkungen
Rechts.	Blutung mit Kreuzschm.								
Rechts.	Verzögert wegen Wehenschwäche	Extraction.	II. Steisslage.						
Rechts.	Steisslage.	Ohne gr. Schwierigkeit wird das Kind bis zum Nabel mit d. Bauch n. vorn geb.; weiter extrahiert.	Fusslage.	Kind leicht asphyktisch Nabelschnur 3mal um Hals.					
Rechts.	Nach Crédé'schem Handgriff.	Der linke retroflectirte Uterus hind. d. Geburt Nach d. Reposition in Chloroformnarcose Geburt leicht beendet.	II. Schädellage.	Lebender ♀	30 Min. nach d. Kinde spontan.		Hypertrophie (faustgross), Deciduabildung, Mitcontraction während der Wehen.		
	Deciadu								

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva	Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten
131.	Gontermann, Zeitschr. f. G. u. G. XIV, p. 174 1888.	36	Vom 15. Jahre an, regelmässig, profus.				Uterus bicornis subseptus unicollis.	Die ersten 6 Jahre endete jede Schwangerschaft im 3. Monat mit Abortus, die folgende mit der Geburt eines reifen Kindes, dann wieder 2 Abortus.
132.	Müller, D. Krankheiten des weiblich. Körpers.	43	Regelmässig, während der Schwangerschaft noch Menstruation.		Normal.	Doppelt.	Ut. didelphys.	

1.	Multipara.	Wievielte?
Rechts.	Links.	In welch. Uterus?

Verlauf der Schwangerschft.	Verlauf der Geburt	Letzte Geburt: Lage des Kindes	Befund des Neugeborenen	Nachgeburt	Verlauf des Wochenbettes	Veränderung des nicht schwangeren Uterus	Complication	Bemerkungen
	Normal.	Schädellage.		Manuelle Lösung.	Normal.		Es ist wahrscheinlich, dass jedesmal, wenn die rechte Hälfte schwanger war Abort eintrat, sich dagegen in der linken Hälfte die Eier weiter entwickelten.	

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung.	Alter der Pat. bei der Consultation.	Menstruation.	Beckenmaasse.	Vulva.	Vagina.	Uterus.	Vorhergegangene Geburten.
133.	Althen, Cntrlb. f. Gyn. p. 711. 1890.	31	Vom 14. Jahre an, rglm. 2½ w., 3—4—5 tg., zl. rchl. Menstruation fast rglm. abwechselnd, einmal 3—4 Tage, das andere mal bis 6 Tage, aus beiden Uteri zu verschiedenen Zeiten			Doppelt beide wurden zum Coitus benutzt, obgleich die rechte etwas enger als die linke.	Uterus bicornis duplex.	
134.	Vávra, Cntrbl. f. p. 23. 1890.	22	Vom 15. Jahre an, regelmässig, ohne Beschwerden.			Doppelt, die linke sehr eng, für die Sonde kaum durchgängig, die rechte wurde zur Cohabition benutzt. Beide communiciren, d. eine v. glatt. Rändern umgeb. Öffnung.	Uterus bicornis septus.	

Wievielte?	In welch. Uterus?	Letzte Geburt							
		Verlauf der Schwangerschft.	Verlauf der Geburt	Lage des Kindes	Befund des Neugeborenen	Nachgeburt.	Verlauf des Wochenbettes	Veränderung des nicht schwangeren Uterus	Complication	Bemerkungen
1.	Rechts und links.	Letzte Regel am 23. III.	Abortus am 2. VIII. vormittag ohne angebbare Ursache ein ♂ am 3. VIII. abends ein zweit. toter ♂		Früchte von 4½ Monaten eine lebt ½ Stunde die zweite totgeboren.	Wegen Tetanus uteri in Narcose entfernt.	14 Tage mit Fieber			
1.	Links.	Normal.	Zange. Der Kopf hatte das Septum vorgedrängt und durchgerissen.	Kopflage.						

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung.	Alter der Pat. bei der Consultation	Menstruation.	Beckenmaasse.	Vulva.	Vagina.	Uterus.	Vorhergegangene Geburten.
135.	Stoll, Zeitschr. f. Geb. Bd. XXIV, p. 275 1892.	24	Vom 14. Jahre an, rglm. 3 w, 3—5tg., n. rchl., o. Schm.			Einfach.	Uterus bicornis unicollis.	
136.	Rossa, Wiener klin. Wochenschrift p. 501. 1892.	24	Regelmässig.		Normal.	Doppelt, die rechte endet als Blindsack	Uterus didelphys, Lig. intercervicale.	1. leicht, 14 Tage vor Termin geb., aus link. Uterus.
137.	Holzapfel, Cntrlb. f. Gyn. p. 873. 1893.	25 (1893)	Vom 16. Jahre an, rglm., rchl. m. Schm., später unregelmässig.	Sp. 26.5 Cr. 29.5 C.ex. 18.5 C.in. 11.	Normal.	Einfach, aber links oben eine rudimentäre Vagina vorhanden, als Pyocolpos lat. sin.	Uterus didelphys, eine schmale bandförmige Verbindungsbrücke zwischen beiden Cervices.	

1.	1.	1.	in welch. Uterus?
Links.	Rechts.	Rechts.	Letzte Geburt.
Normal.		Mattigkeit, Übelkeit, Erbrechen, ohne Veranlassung eine Blutg. 13 Tg. lang.	Verlauf der Schwangerschft.
Der nicht schwangere Uterus retroflectirt, lag im Beckeneingang und machte Geburtsstörung. Aeussere Wendung auf Kopf, dann wieder auf den Fuss und Extraction.	Abort im 7. Monat.	Abort im 3. Monate.	Verlauf der Geburt
Querlage.	II. Schädellage.		Lage des Kindes.
Totgeb. Kind. G. 3150, L. 51, Kopfumf. 35.5.		Frucht G. 50, L. 10, Haut fehlt zum grossen Teil.	Befund des Neugeborenen.
Spontan.	Manuelle Lösung.	3 Stunden nach der Frucht, spontan.	Nachgeburt.
Normal.	Normal.		Verlauf des Wochenbettes.
		Hypertrophie.	Veränderung des nicht schwangeren Uterus.
			Complication.
Vor der Schwangerschaft wurde der Pyocolpos lat. operiert.			Bemerkungen.

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva	Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten
138.	Eberlin, Zeitschr. f. Geb. Bd. XXV, p. 100. 1893.	28	Vom 18. Jahre an, 3—5 w., 5—6 tg.	Normal.		Vagina subsepta.	Einfach.	
139.	Pfannenstiel, Festschr. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. S. 330. 1894.	33 (1893)	Vom 15. Jahre an, 3—5 w., 5—6tg. mässig stark, ohne Beschw.	Sp. 30 Cr. 32.5 Tro. 35,5 C.ex. 18,5 C.in 11,5	Normal.	Doppelt. Intr. vag. dext. enger als sin.	Uterus didelphys, zwischen beide Cervices membranöse Querverbindung.	

Wievielte?	In welch. Uterus?	Verlauf der Schwangerschft.	Verlauf der Geburt.	Lage des Kindes	Befund des Neugeborenen.	Nachgeburt.	Verlauf des Wochenbettes.	Veränderung des nicht schwangeren Uterus.	Complication.	Bemerkungen.
			Letzte Geburt.							
1.	Links.	Normal.	Der Kopf stösst gegen das Septum. Deswegen konnte der Kopf nicht geboren werden, trotz energischer Wehen. Nach Durchschneiden leicht geboren.	I Schädellage.		Spontan geboren.	Normal.			
		Beim Durchtritt d. Kopfes durch das Ostium vag. macht nur d. Hymen Schwierigkeiten.	Schädellage.	Anfang des 6. Monats.		Nach Crédé'schem Handgriff, Curettement viel Placentarreste zurückgebl.	Normal.	Decidua		
									Coitus normal.	

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva	Vagina	Uterus	Vorher gegangene Geburten
140.	Hochstetter, Charité-Annalen 19. Jhrg. p. 538. 1894.	23 (1893)				Doppelt, beide für zwei Finger bequem.	Uterus bicornis duplex.	
141.	v. Dittel jr. Cntrlb. f. Gyn. p. 610. 1894.			Normal.		Doppelt.	Uterus bicornis duplex.	
142.	Walther, Zeitschr. f. Geb. B. XXXIII, p. 389. 1895.	35 (1895)		Sp. 23 Cr. 25.5 Tr. 29.		Einfach.	Uterus subseptus unicollis.	3 mal geboren, davon 2 mal mit Kunsthülfe. 1. Abort im 6. Monat.

	5.	1.	1.	Wievielte?
	Rechts.	Links.	Rechts.	In welch. Uterus?
	Während der Schwangerschaft zeitweise Blutung.	Normal.		Verlauf der Schwangerschft.
	3 Tage nach der Operation Abortus im 3. Monate.	Durchtritt des Steisses wurde durch d. Septum verhindert. Durchschneiden, dann manuelle Extraction.	Zange wegen Eclampsie. Einführung der Zange war nicht leicht, weil auf der linken Seite das Septum dem Kopf sehr straff anlag.	Velauf der Geburt
		I Steisslage.	Kopflage.	Lage des Kindes
		♂ G. 2650 L. 48.	Kind G. 2650. L. 47, frisch totgeboren.	Befund des Neugeborenen
	Ausräumung.	Gleich darauf spontan.	Nach Créde.	Nachgeburt
	Normal.	Normal.	Eclampsie, Tod am 3. Tage.	Verlauf des Wochenbettes
				Veränderung des nicht schwangeren Uterus
	Linksseitige Tubarschwangerschaft. Laparatomie.		Lig. rectovesicale.	Complication
				Bemerkungen

Letzte Geburt

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter der Pat. bei der Consultation.	Menstruation.	Beckenmaasse.	Vulva.	Vagina.	Uterus.	Vorhergegangene Geburten.
143.	Tschudy, A. f. Gyn. B. XLIX. p. 471. 1895.	30 (1895)	Vom 18. Jahre an, die ersten zwei Jahre schwach, zl. rglm. Schmerzen steigern sich bei jeder Periode mehr und mehr, treten aber seit vaginal. Operation nicht mehr auf.	Normal.	Normal.	Einfach. Es wurde 1886 Hämatocolpos lat. sin. operiert.	Uterus didelphys. Beide Uteri divergieren mit ca. 1.5 cm breiten Zwischenraum, der linke Uterus kleiner als der rechte.	
144.	L. Müller, Inaug.-Diss. Marburg. 1897.	33 (1897)		Rachitisches Becken, mit doppeltem Promontorium.		Einfach.	Uterus septus.	1. ♂, Wb. 14 Tage mit Puerperalfieber,

Wievielte?	In welch. Uterus?	Verlauf der Schwangerschft.	Letzte Geburt: Verlauf der Geburt	Lage des Kindes	Befund des Neugeborenen	Nachgeburt	Verlauf des Wochenbettes	Veränderung des nicht schwangeren Uterus	Complication	Bemerkungen
1.	Links.		Porro'sche Operation, weil die Vollendung der Geburt auf natürlichem Wege bei Tetanus uteri und der Stenose des Os ext. kaum möglich erschien und Uterus ruptur drohte.	Steisslage.	Gut entwickelter ♂ G. 2750 L. 49.		Normal.			
2.	Links.	Normal. Selbstwendung auf I. Schädellage.		II. Steisslage.	32cm lang (24-26W.) Tod nach 13 Stund.	Spontan, normal.	2 Tage mit Fieber.			

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva	Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten
145.	Guérard, Monatsschr. f. Geb. Bd. VII, p. 288. 1898.		Vom 14. Jahre an, rglm., 4w., ohne Beschwerden.	Sp. 28 Cr. 39 C. ex. 24		Doppelt, das Septum stand frontal und teilte die Vagina in eine vordere und hintere Höhle, die vordere endete als Blindsack.	Ut. bicornis duplex. der Uterus rechts vorne hat virginellen Character, der linke hinten den Zustand einer Multiparen.	1. Abort im 5. Monat, 2. Abort im 7. Monat in Steisslage, 3. Ausgetragenes Kind, spontan in Kopflage, Wochenbett normal.
146.	Chavane Cntrlb. f. Gyn. S. 1211 1898.	27					Uterus bicornis duplex.	
147.	Lorenz, Cntrlb. f. Gyn. p. 1076. 1899.	28	Vom 18. Jahre an, regelmässig, ohne Beschwerden.	Fast alle Durchmesser zeigen Erweiterung um 1—1½ cm, sonst normale Formen und Verhältnisse.		Doppelt, das Septum begann etwa 1.5 cm oberhalb des Intr. vag. und liess eine für 2 Finger durchgängige Communication vor der Portio.	Uterus didelphys, Sonde rechts 5 cm, links 5.5.	

Wievielte?	4.	1.	1.
In welch. Uterus?	Rechts und links.	Links.	Links.
Verlauf der Schwangerschft.	Am 9 Nov. 1896 Abortus aus dem linken. Die rechte Gravidität nahm ihren ungestörten Fortgang.		Normal.
Verlauf der Geburt.	Am 29. Jan. 97, Wendung auf Fuss, Während der Wendung starb das Kind, dann Perforation und Extraction.	Abortus.	Normal.
Lage des Kindes.	I Schädellage. (rechts.)		
Befund des Neugeborenen.	Frucht aus link. Uterus ist handlang ♂ aus recht Ut. 4550 g.		Reif, ♀
Nachgeburt.	Spontan (links). Manuelle Lösung (rechts).		
Verlauf des Wochenbettes.	12 Tage normal.		
Veränderung des nicht schwangeren Uterus.	Hypertrophie.		Hypertrophie.
Complication.			
Bemerkungen.	Der nicht schwangere Uterus machte verursachte Geburtsstörung.		

Letzte Geburt.

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse.	Vulva.	Vagina	Uterus	Vorausgegangene Geburten
148.	Balin, Cntrlb. f. Gyn. p. 1439. 1899.	27 (1898)	Vom 14. Jahre an, reglm., 4w 3—4 tg., rchl. o. Beschw. Beide gleichzeitig und gleichmässig.		Normal.	Doppelt, die linke etwas weiter als die rechte	Uterus bicornis duplex.	
149.	»	25 (1897)			Normal.	Doppelt, die linke enger als die rechte.	Nicht festzustellen.	
150.	Schatz, XXVII. Rostock. Klinik. 1878-1879. Nr. 54.	24	Vom 19. Jahre an, unrglm., 3 4 w., 1-2tg.rchl. mitKreuzschm. mit Stücke.	Sp. 24 Cr. 27,5 Tro. 31 C.ex. 19 Uml. 97	Normal.	Einfach.	Uterus subseptus uniforis.	1. Gesundes ♀ in Fusslage Wb. 14 Tage normal. 2 ♀ G. 2490, L. 46, Fusslage, Extraction, Wb. 13 Tg. normal. 3. ♀ G 2800 L 47. II. Schädellage. Wb. 12 Tg. normal.

Wievielte?	1.	1.	3
In welch. Uterus?	Links.		Rechts.
Verlauf der Schwangerschft.	Im 8. Monat Kind tot. Fruchtwasser abgegangen.	Normal.	Normal
Verlauf der Geburt.	Manuelle Extraction Wegen Zögern d. Geburt	Spontan, Kind durch engere linke Vagina geboren.	Spontan.
Lage des Kindes.	I Steisslage.	Schädellage.	II Schädellage.
Befund des Neugeborenen.	Nicht ausgetragener toter ♀	Lebendes Kind.	♂ G.3070 L. 48. ausgetragen.
Nachgeburt.	Crédé'scher Handgriff.		Nach Credé leicht, normal.
Verlauf des Wochenbettes.			10 Tage normal.
Veränderung des nicht schwangeren Uterus.			
Complication.			
Bemerkungen.		Zum Coitus wurde rechte Vagina benutzt.	

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung	Alter d. Pat. bei der Consultation	Menstruation	Beckenmaasse	Vulva	Vagina	Uterus	Vorhergegangene Geburten
151.	Schatz, XXVIII 1880-1381 Nr. 12.	20	Vom 15. Jahre an, rglm., 4w., 2–3 tg., m. Leibschm., o. Stücke.	Sp. 27 Cr. 30 Tro. 32 C.ex. 20,5 Umf. 91	Normal.	Einfach.	Uterus bicornis unicollis.	
152.	» XXIX 1880-1881 Nr. 30.	24	Vom 17. Jahre an, rglm., 4w., 4—5tg., zl. rchl., m. Leibschm. m. Stücken.	Sp. 23 Cr. 26¾ Tr. 31 C.ex. 19½ Umf. 94	Normal.	Einfach.	Uterus subseptus uniforis.	1. (p. p.) ♀ leicht geboren, lebend u. gesund, Wochenbett 6 Tage normal.
153.	» XXX. 1887-1888 Nr. 27.	23	Vom 17. Jahre an, unrglm., 2–3 w., 3—8 tg., zl. rchl., o. Schm., o. Stücke.	Sp. 23.5 Cr. 28.5 Tro. 33.5 C.ex. 20 Umf. 90	Normal.	Einfach.	Uterus bicornis subseptus unicollis.	

In welch. Uterus?	Verlauf der Schwangerschft.	Letzte Geburt: Verlauf der Geburt.	Lage des Kindes.	Befund des Neugeborenen.	Nachgeburt.	Verlauf des Wochenbettes.	Veränderung des nicht schwangeren Uterus.	Complication.	Bemerkungen.
Links.	Normal.	Extraction am Fuss.	II Fusslage.	Ausgetragen, ♂ G. 3185 L. 51.	Nach Credé normal.	9 Tage normal.	Hypertrophie.		
Rechts.	Normal.	Fuss und Rumpf spontan, Armlösung, Kopf nach Veit-Smellie.	II unvollkommene Steiss-Fusslage mit Gesichtslagenhaltung.	Ausgetragener ♂ G. 2820 L. 46.	Spontan, 7 Min. nach d. Kinde.	14 Tage normal.			Der schwangere Uterus nach rechts geneigt.
Links.	Normal.	Kopf wurde extrahiert	II unvollkommene Steiss-Fusslage mit Gesichtslagenhaltung.	Ausgetragenes ♂ G. 3025 L. 48.5.	7 Min. nach d. Kind durch Credé'sche Handgriff.	12 Tage normal.	Decidua.		Der schwangere Uterus nach rechts geneigt.

Nr.	Autor, Ort u. Zeit d. Veröffentlichung.	Alter der Pat. bei der Consultation	Menstruation.	Beckenmaasse.	Vulva.	Vagina.	Uterus.	Vorhergegangene Geburten.
154.	Schatz, XXXI 1893-1894 Nr. 110.	30	Vom 21. Jahre an, rglm., 4w., 2tg., rchl., m. Schm., m. Stück.	Sp. 24 Cr. 28 Tro. 35 C.ex. 20 Umf. 96	Normal.	Einfach, starke Leiste wahrschl. früher Vagina septa compl.	Uterus bicornis duplex.	1. ausgetragener ♂ in Kopflage, leicht geboren.
155.	» XXXII 1893-1894 Nr. 119.	24	Vom 18. Jahre an, rglm., 4w., 2 tg., n. rchl., o. Schm., o. Stücke.	Sp. 26 Cr. 30 Tro. 31 C.ex. 19 Umf. 83	Normal.	Vagina subsepta, das Sept. im oberen Drittel.	Uterus bicornis duplex.	
156.	» XXXIII 1898-1899 Nr. 143,	22	Vom 14. Jahre an, unrglm., 2—4 w., 2—3 tg., n. rchl. m. Leibschm. o. Stücke.	Sp. 21 Cr. 26.5 Tro. 32 C.ex. 19 Umf. 94	Normal.	Einfach.	Uterus bicornis unicollis.	

Wievielte?	1.	2.	1.
Inweich. Uterus?	Links.	Rechts.	Rechts.
Verlauf der Schwangerschft.	Normal.	Normal.	Normal.
Letzte Geburt. Verlauf der Geburt.	Spontan.	Spontan.	Kopf drängt gegen das Septum, nach Durchschneidung desselben Spontangeburt.
Lage des Kindes.	II. Schädellage.	II Schädellage.	II Schädellage.
Befund des Neugeborenen.	Nicht ausgetragenes ♀ G. 1800 L. 41.	Ausgetragenes ♀ G. 2950 L. 49.	Ausgetragenes ♀ G. 2750 L. 48.
Nachgeburt.	8 Min. nach d. Kind spontan, normal.	Spontan, 20 Min. nach dem Kinde normal.	Spontan, 10 Min. nach dem Kinde normal.
Verlauf des Wochenbettes.	19 Tage normal.	21 Tage normal.	13 Tage normal.
Veränderung des nicht schwangeren Uterus.			Decidua.
Complication.			
Bemerkungen.			

4. Über die Menstruation bei doppeltem Uterus.

Kussmaul (42) fasst das Wichtigste über die Menstruation in folgendem zusammen: 1. Die Menstruation verhält sich bei den verschiedenen Formen der doppelten, beiderseits unverkümmerten Gebärmutter in allen wesentlichen Stücken wie bei der einfachen. 2. Bei vollständiger Verdoppelung der Gebärmutter quillt das Menstrualblut bald aus beiden Gebärmüttern zugleich hervor, bald nur aus der einen. 3. Bei krankhaften Zuständen kann die Periode Störungen erfahren, wie sie unter gleichen Verhältnissen bei einfachem Uterus eintreten.

Diese Angeben stimmen mit meinen Resultaten überein. In den von mir gesammelten 156 Fällen von doppeltem Uterus wurden nur bei 100 Fällen der Eintritt der ersten Menstruation beschrieben. Am frühesten trat sie im 13. Lebensjahre und am spätesten im 25. Jahre ein. Freilich wurde von Hirsch (Cntrlbl. f. Gyn. 1901, p. 1298) angegeben, dass bei einer Frau mit Uterus bicornis bicollis et vagina subsepta die ersten Menses im 28. Jahre eingetreten sind.

Über die Zeit des Eintritts der ersten Menstruation habe ich in den 100 Fällen folgende Zahlen erhalten:

Lebensjahr des Eintritts der ersten Menstruation:	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	25.
Zahl der Fälle:	12	22	20	16	8	11	8	1	1	1.

Über den Eintritt der ersten Menstruation bei normalem Uterus schreibt Fritsch in seinem Lehrbuch, dass sie innerhalb des 12. bis 17. Lebensjahres, und Fehling, dass sie durchschnittlich zwischen dem 14. bis 16. Lebensjahre beginnt, dass aber Schwankungen vom 12. bis 19. Jahre beobachtet werden.

Nach obigen Zahlen weicht die Zeit des Eintrittes der ersten Menstruation bei doppeltem Uterus von der bei normalem nicht besonders ab. Auch Westermayer (95) hat in seiner Inaugural-Dissertation geschrieben, dass der Eintritt der ersten Menstruation nichts von der Norm Abweichendes habe.

Angaben über die Intervalle von einer Menstruation zur anderen finden sich unter meinen 156 Fällen nur 112 Fälle. Darunter sind 82 Fälle (73,2%), wo die Menstruation regelmässig wiederkehrte, bei den übrigen 30 Fällen (26,8%) war die Wiederkehr unregelmässig.

Bei 55 Fällen von den 156 Fällen ist eine Dauer der Menstruation angegeben. Sie beträgt durchschnittlich 4—5 Tage, maximal 8 Tage, minimal 0,5 Tage.

Die Blutmenge bei der Menstruation ist bei 50 Fällen angegeben bei 32 Fällen (64,0%) als reichlich, bei 18 Fällen (36,0%) als nicht reichlich.

Schmerzen bei der Menstruation im Kreuz und Unterleibe oder Dysmenorrhoe kommen in 85 Fällen

bei 58 Fällen (68,2%) vor, ohne Beschwerden sind 27 Fälle (31,8%).

Wenn der doppelte Uterovaginalkanal auf einer Hälfte eine Hydro-, Haemato-, Pyometra oder -colpos bildet, so sind die Molimina menstrual. besonders heftig. Diese Beschwerden können durch die Entleerung des Retentionsblutes völlig schwinden.

Über die Menopause ist leider nur sehr wenig mitgeteilt. Wenn ich meine beiden Fälle (Fall 19 Freund: 47. Jahr, Fall 40, Orthmann: 45. Jahr) und den Fall von Hirsch (45 Jahr) herbeiziehen darf, möchte ich sagen, dass auch die Menopause bei doppeltem Uterus von der Norm nicht abweicht.

Die Blutausscheidung bei doppeltem Uterus ist höchst interessant.

Magenau (Fall 7), Prochownick (Fall 29), Palmer (Fall 36), Okar-Blon (Fall 77) und Balin (Fall 148) haben beobachtet, dass das Menstrualblut aus den beiden Uteri gleichzeitig gequollen ist.

Neudoerffer (Fall 10) beobachtete bei einem Uterus bicornis duplex drei Perioden hintereinander. Der linke Uterus menstruierte 2 Tage früher als der rechte. Während aus jenem Blut hervorquoll, entleerte sich aus dem rechten graugelber, dicker Schleim. Die Menstruation beider Uterushälften dauerte 6 Tage. Der Blutabgang aus dem linken Uterus hörte 2 Tage früher auf, und es entleerte sich nur noch etwas glasiger, blutig tingierter Schleim. Teuffel (Fall 14) sah bei Uterus bicornis duplex, dass das rechte Horn volle 24 Stunden früher als das linke und zwar stärker menstruierte.

Während aus dem rechten Horn sich das Menstrualblut entleerte, ging aus dem linken ein zäher, glasiger Schleim ab. Die Periode hörte jedoch gleichzeitig bei beiden Hörnern auf. Engel (Fall 123) führt einen Fall von Uterus didelphys an, wo das Menstrualblut zuerst aus dem rechten Uterus herausquoll und 2 bis 3 Tage dauerte, nachher aus dem linken viel sparsamer herausquoll und 1½ Tage dauerte.

Blackwood (Fall 26) beobachtete bei Uterus septus duplex, dass die Menstruation einmal auf der rechten Hälfte mit rechtsseitigen Unterleibsschmerzen eintrat, und ein anderesmal auf der linken mit linksseitigen Schmerzen, während unter 13 Mal die Blutausscheidung 2 mal hintereinander aus der linken Cervix stattfand. Kubassow (Fall 30) sah bei Uterus bicornis duplex, dass 2 Wochen nach der Menstruation des rechten Uterus die des linken eintrat. Lackie (Fall 70) hat mitgeteilt, dass bei Uterus bicornis unicollis die Menstruation regelmässig alle 14 Tage einmal aus der rechten Hälfte, das anderemal aus der linken eintrat. Althen (Fall 133) führte einen Fall von Uterus bicornis duplex an, welcher fast regelmässig abwechselnd das eine Mal 3 bis 4 Tage, das andere Mal bis 6 Tage die Menses hatte, sodass beide Hälften zu verschiedenen Zeiten menstruierten.

Henderson (Fall 33) beobachtete bei Uterus bicornis unicollis und Müller (Fall 131) bei Uterus didelphys, dass bei einseitiger Schwangerschaft die andere Hälfte menstruierte.

Durch obige Fälle ist es ganz klar, dass beide Hälften des doppelten Uterus nicht bloss nacheinander in derselben Menstrualzeit, sondern auch abwechselnd menstruieren können.

5. Über Haematometra lateralis und Haematocolpos lateralis bei doppeltem Uterovaginalkanal.

Ramer (74) hat unter seinen aufgezählten 37 Fällen 11 mal linksseitigen, 26 mal rechtsseitigen Verschluss gefunden. Westermayer (95) hat unter seinen gesamten Fällen den Verschluss 8 mal links, 17 mal rechts gesehen.

Unter meinen 40 Fällen von einseitiger congenitaler Atresie des doppelten Uterovaginalkanals finden sich 26 Fälle (65%) auf der rechten Seite, und 14 Fälle (35%) auf der linken, und zwar:

	Rechts	Links
Haematometra	3	3
Pyometra	2	1
Hydrometra cum Hydrocolpos		1
Haematometra cum Haematocolpos	7	3
Pyometra cum Pyocolpos	6	1
Haematocolpos	3	2
Pyocolpos	5	3
	26	14

Atresie der Cervix kommt sowohl am äusseren als auch am inneren Muttermunde vor. Atresie der Vagina ist 10 mal (32,3%) linksseitig und 21 mal (67,7%) rechts-

seitig gefunden worden. Der Sitz der Atresie in der Vagina ist entweder am Introitus vag., oder im unteren, mittleren oder oberen Drittel. Wenn die Menstruation bei einer Frau mit einseitig verschlossenem, doppeltem Uterovaginalkanal eintritt, so entsteht durch Retention des Menstrualblutes Haematometra lateralis oder Haematocolpos lat. Wird im letzteren Falle die Ansammlung des Menstrualblutes in der verschlossenen Vagina immer mehr und mehr, so wird die Cervix eröffnet und es bildet sich Haematometra mit Haematocolpos zusammen. Dabei bleibt aber der Uteruskörper klein und sitzt so gut wie unausgedehnt auf dem Tumor auf welcher von der gefüllten Vagina und Collum uteri gebildet wird. Dass mehr rechtsseitige als linksseitige Atresien bei doppeltem Uterovaginalkanal vorkommen, hängt wahrscheinlich von der Spiraldrehung der beiden Müller'schen Gänge während des embryonalen Lebens ab. Solange während des embryonalen Lebens die Müller'schen Gänge, welche später die Vagina bilden, noch solide Stränge sind, stehen sie nicht absolut symmetrisch zur Frontalebene, sondern der rechte Strang etwas nach hinten, infolge der Linksspiraldrehung des Embryo oder auch nur in Folge der Linksabweichung des Hinterdarmes von der Medianebene. Nun wissen wir auf Grund klinischer Erfahrung, dass rückwärts liegende Organe verhältnismässig mehr Atresien bilden als vornliegende. Zum Beispiel sehen wir oft Atresia ani bei Neugeborenen, während die Urogenitalorgane normal entwickelt sind. Auf Grund ähnlichen Verhaltens kommt daher wahrscheinlich die Atresie bei der etwas

mehr nach hinten gelegenen rechten Vagina häufiger vor, als bei der mehr nach vorn gelegenen linken Vagina. Dies ist um so wahrscheinlicher, als die Atresie der linken Vagina sich meist am unteren Ende findet.

Symptome: Es giebt Fälle mit einseitig verschlossenem, doppeltem Uterovaginalkanal, wo bis zum Eintritt der ersten Menstruation gar keine Symptome irgend welcher Art bestehen, obwohl etwas Schleim in dem genitalen Blindsack retentirt ist. Aber sobald die erste Menstruation eintritt und sich ausgeschiedenes Blut in diesem Blindsack ansammelt, beginnen dysmenorrhöische Erscheinungen infolge stärkerer Ausdehnung der Vagina oder des Uterus. Diese Schmerzen steigern sich bei jeder Menstruationsperiode, nehmen einen wehenartigen Charakter an, und strahlen nach den Lenden, dem Kreuz und den Beinen aus. Sie erzeugen endlich selbst peritonitische Erscheinungen. Sie können so hohen Grad erreichen, dass die Gesundheit untergraben wird. Wenn die Blutansammlung nur im Uterus lokalisiert ist, fühlt man über der Symphyse einen prallelastischen Tumor, welcher sich zuerst auf der entsprechenden Seite befindet, dann aber bei starker Füllung sich über die Mitte ausdehnt. Lokalisiert sich der Haematocolpos nur in der Vagina, so findet man auf der entsprechenden Seite eine gespannte, fluctuirende Geschwulst, und wenn die Vagina einen entsprechenden Uterus hat, so fühlt man ihn als rundlichen Höcker auf der Geschwulst.

Sitzt die Atresie unmittelbar hinter dem Hymen, so kann man den Retentionssack durch den Hymen als

eine prolapsartige Vorwölbung mit bläulicher Verfärbung von aussen sehen wie bei Fall 34. (Kleinwächter.) Wenn die Vagina Haematocolpos bildet, so bleibt der Uterus zunächst längere Zeit unbeteiligt. Füllt aber das Menstrualblut die verschlossene Vagina immer mehr, so öffnet der strotzend gefüllte Blindsack das Os ext. allmählich, worauf Dehnung und Erweiterung des Canalis colli eintritt, welcher endlich sogar das Cavum uteri folgt, sodass Haematometra lat. und Haematocolpos lat. zusammen vorhanden sind.

Nimmt dieser Vorgang noch weiter seinen Fortschritt, so fliesst das Retentionsblut sogar durch die Tuben in die Bauchhöhle; ist jedoch pathologischer Verschluss des Ostium abdominale vorhanden oder bildet sich solcher, so entsteht Haematosalpinx.

Das Retentionsblut ist dunkelrostfarben und theerartigdick infolge von teilweiser Resorption des Serums. Verjauchung oder Eiterung des Retentionsblutes tritt bei Eindringen von Fäulniss- oder pyogenen Bacterien von aussen (z. B. bei nichtaseptischer Operation, wiederfolgendem Verschluss nach spontanem Bersten, etc.), oder von innen her ein (z. B. vom Darm, Blut, etc. her). Es entsteht Pyometra lat. und Pyocolpos lat. und diese können septische oder pyämische Symptome erzeugen. Ferner bedingt der im Becken liegende Blutsack Druck auf die Nachbarorgane und erzeugt so Urindrang, Dysurie, Obstipation etc.

Prognose: Wenn man die Haematometra ohne Behandlung lässt, so führt diese, sowie der eventuell mitvorhandene Haematosalpinx, zum Durchbruch in die

in die Peritonealhöhle, die Haematometra allein kann aber auch zum Durchbruch in die Vagina führen. Durchbruch in die Peritonealhöhle führt zum Tode, Durchbruch in die Vagina führt entweder zu völliger Heilung oder zu Pyometra.

Wenn man Haematocolpos ohne jede Behandlung lässt, so führt dieser zum Durchbruch nach der Blase, nach dem Rectum, nach der zweiten vorhandenen Vagina oder nach aussen hin, wodurch sich Heilung oder Pyocolpos einstellen kann.

Falls der Blutsack nicht berstet, so kann drohende Lebensgefahr auch eintreten infolge peritonealer Reizung. Aber durch Behandlung nach der heutigen anti- und aseptischen Methode kann die Gefahr ohne Schaden beseitigt werden.

Diagnose: Die halbseitige Haematocolpos ist allerdings meist leicht und zwar um so leichter zu erkennen, je weiter sie nach den äusseren Genitalien hin reicht. Selbst wenn die Scheidewand nicht sagittal sondern sehr schräg verläuft, so giebt doch das nach der Seite der Haematocolpos hin sehr schmale Scheidengewölbe und die Rundheit des Scheidenteils sehr bald Aufschluss über die Missbildung. Wenn, wie garnicht selten, in dem scheinbar so schmalen Scheidengewölbe sich noch eine Fistel befindet, aus welcher Blut ausströmt, so wird die Diagnose noch leichter. Anders aber, wenn es sich um eine Pyocolpos handelt und aus jener Fistel Eiter, manchmal mit sehr schlimmem Geruch entleert, oder wenn eine Fistel überhaupt nicht vorhanden ist und die Haemato- oder Pyocolpos schon hoch in der Scheide endet. Man kann dann meinen,

einen event. jauchigen Abscess des Parametriums vor sich zu haben, besonders auch wenn die vorher mit Eiter gefüllte seitliche Pyocolpos bei der Exploration ohne Absicht ausgedrückt und deshalb gut nicht mehr zu fühlen ist. Noch schwieriger wird die Diagnose, wenn die Pyocolpos schon sehr hoch in der Scheide endet, oder gar nur einen wenig vorspringenden Tumor im Scheidengewölbe darstellt. Man muss dann zur Diagnose die Uterusform heranziehen, welche uns immer helfen wird, sobald es sich um Uterus bicornis handelt; Freilich kann eine gleichzeitig schon vorhandene Haematosalpinx resp. Pyosalpinx durch Verdeckung der reinen Form des Uterus die Diagnose verschleiern. Selbst nicht einmal eine Punktion ergiebt, wenn sie Eiter entleert eine sichere Diagnose. Noch schwieriger kann die Diagnose werden bei halbseitiger Haematometra event. mit Haematosalpinx um so schwieriger, als sich die Haematometra in halbseitig verschlossenem Uterus in den meisten Fällen nicht einmal einstellt, wie uns die Schwangerschaften im rudimentären Horn so deutlich zeigen. Hier wird die Form der offenen Uterushälfte noch am ehesten Auskunft geben können, wenn es möglich ist, dieselbe genau abzutasten.

Therapie. Die halbseitige Haematocolpos kann und muss leicht nach der offenen Scheidenhälfte hin weit geöffnet werden. Man thut dies am zweckmässigsten, indem man an der untersten Stelle einen Troikart einsticht und nach Ausfluss einer gewissen Flüssigkeitsmasse durch die Troikartcanüle ein querstellbares Messer einführt und beim Rückzug damit die

Troikartöffnung erweitert, etwa wie wir dies früher bei der Discision des Collum uteri gethan haben. Durch diese Öffnung hindurch kann man mit dem Finger die Diagnose des halbseitigen Scheidenlumens gleich sicher stellen. Man wird aber gut thun zunächst in die Öffnung einen Federdrain einzubringen, um der Flüssigkeit freien Abfluss zu schaffen. Bei einer sofortigen Exploration kann es leicht geschehen, dass eine etwa gleichseitig schon vorhandene Haemato- oder gar Pyosalpinx durch Druck von oben oder Zug von unten am Fimbrienende geöffnet und nach dem Peritoneum entleert wird. Bei ruhigem Zuwarten ist diese Gefahr mindestens viel geringer. Erst wenn nach einigen Tagen das Nichteintreten einer Bauchfellentzündung gesichert ist, wird man die Öffnung in der Scheidenwand auf die nötige Grösse vervollständigen und ihren Rand lippenförmig umsäumen. Ist die offene Scheidenhälfte für die Kohabitation genügend gross, so ist es zweifellos richtiger, die Öffnung in der Zwischenwand nur auf eine Grösse für etwa 1 Finger zu bringen und nicht die ganze Scheidewand bis nach dem Uterus hin zu durchtrennen, denn in solchem Falle ist das Eintreten einer Schwangerschaft in jedem der beiden Uteri event. sogar Superfötatio zu fürchten, welche im Wochenbett nach der Geburt des ersten Zwillings zu einer schweren Erkrankung führen kann, wenn sich die Geburt des zweiten Zwillings noch im Wochenbett anschliesst. Wenn freilich die offene Scheidenhälfte für die schmerzlose Kohabitation nicht genügt, so muss die Scheidewand vollständig bis nach dem Uterus hin getrennt

werden. Man kann dies von der gemachten Öffnung aus so vornehmen, dass man von unten her in Abschnitten schneidend, ja die Schnittflächen alsbald übernäht. Einfacher ist es aber und bei Enge der Teile zweckmässiger, einen Angiotrypter zu benützen, dessen Schnäbel je in eine Vaginalhälfte gebracht werden und die Zwischenwand zerquetschen. Man wundert sich nur dabei, dass dies durchaus nicht so einfach und vollkommen geschieht, wie man das erwartet, mindestens ist es zweckmässig den Angiotrypter mehrere Stunden liegen zu lassen. Natürlich kann man zur Trennung auch den Thermo- oder Electrocauter benützen, wird aber durch die Enge der Teile oft an der nötigen Übersicht gehindert. Endet die Haemato- oder Pyocolpos in der Scheide hoch, so wird man die Trennung der Zwischenwand immer vollkommen vornehmen müssen, weil eine unvollkommene Trennung schon die erste Heilung der regelmässig entzündeten bisher geschlossenen Scheidenhälfte sehr erschwert, und weil sie auch später durch Retention und unvollkommene Reinigung immer wieder neue Entzündung erzeugt. Die halbseitige Haematometra wird ganz zu behandeln sein, wie ein Adnextumor mit breiten Verwachsungen, also durch Bauchschnitt und zwar umsomehr, als die Diagnose häufig genug nicht unzweifelhaft sicher gestellt werden kann.

Sehr interessant ist das Verhalten zwischen einseitiger, mangelnder Entwickelung des doppelten Uterovaginalkanals und Defectus renis der entsprechenden Seite. Kussmaul schrieb in seinem Werk, dass sich

zuweilen Mangel einer Niere findet. Von Fürst (22) sind drei Rokitansky'sche Fälle (Fall 62, 64, 69) beschrieben.

Unter allen meinen Fällen finden sich folgende vier Fälle : Fall 9 (Neudoerffer) Uterus bicornis duplex cum vagina simplici — Pyometra lat. sin. und Defectus renis sin., Fall 15 (Nicolaysen) Uterus bicornis cum vagina simplici — Haematometra lat. dex. und Defectus ren. dex., Fall 68 (Spiegelberg) Uterus bicornis duplex cum vagina duplici — mangelhafte Entwickelung der linken Hälfte des Uterovaginalkanals und Defectus ren. sin., Fall 118 (Werth) Uterus bicornis unicollis cum vagina simplici — mangelhafte Entwickelung des rechten Hornes und Defectus ren. dex.

Dieses Verhalten wird nicht schwer zu erklären sein, weil im embryonalen Leben der Wolff'sche Körper sich teils zur Urniere, teils zum Paroophoron entwickelt. Man kann daher vollkommen richtig annehmen, dass, wenn auf einer Seite Entwickelungshemmungen eintreten, die in dasselbe System gehörigen Organe sich gleichfalls mangelhaft ausgestalten können.

6. Über das Becken bei doppeltem Uterovaginalkanal.

Unter meinen gesammten Fällen wurden bei 36 Fällen Angaben über das Becken gemacht, von welchen letzteren wieder nur 25 Fälle Angaben über die Beckenmaasse besitzen. Falls man die Normalität (Sp. 26,

Cr. 29, Tr. 31.5, C. ext. 20, C. diag. 12,5—13) von Runge annimmt und damit die Maasse von meinen gesamten Becken vergleicht, so ergiebt sich, dass die meisten Zahlen, ausser die Entfernung der Trochanteren unter der von Runge gegebenen Norm sind.

Supranormal und normal.	Subnormal.
Sp. 10 mal (40%)	15 mal (60%)
Cr. 11 » (44%)	14 » (56%)
Tr. 10 » (58,8%)	7 » (41,2%)
C. ext. 6 » (28,5%)	15 » (71,5%)
C. diag.	5 » (100%)

Aber nach der Angabe der anderen Autoren, welche als normale Beckenmaasse für Sp. 24, Cr. 28, Tr. 32, C. ex. 19½, C. diag. 12½ bestimmen, erhalte ich folgende Verhältnisse:

Supranormal und normal.	Subnormal.
Sp. 18 mal (72%)	7 mal (28%)
Cr. 17 » (68%)	8 » (32%)
Tr. 8 » (47%)	9 » (53%)
C. ext. 10 » (47,6%)	11 » (52,4%)
C. diag.	5 » (100%)

Kussmaul fällt die beträchtliche Entwickelung des ganzen Körpers in die Breite auf, welche bei Individuen mit Uterus bicornis zuweilen beobachtet wurde. Pfannenstiel behauptet, dass man bei doppeltem Uterus breites Becken findet, die in einem ursächlichen Zusammenhang miteinander stehen. Unter allen meinen 12 Fällen von Uterus didelphys sind die Messungen nur bei 7 Fällen angegeben und bei den nicht angegebenen 5 Fällen besteht 4 mal normales und 1 mal breites Becken.

Durchschnittlich betragen in den 7 Fällen Sp. 26, Cr. 28,78, C. ex. 19,22, wobei die Maximalzahlen Sp. 30, Cr. 32,5, C. ex. 20 und die Minimalzahlen Sp. 20,6, Cr. 24,5, C. ex. 18,5 sind. Wenn die Behauptung von Pfannenstiel richtig ist, so scheint es mir, dass der Fall 123 (Engel) breites Becken haben müsste, weil derselbe ganz das Schema eines Uterus didelphys ist. Aber derselbe hat kein breites Becken, sondern die Entfernungen der Spinae ant. sup. ilei, der Cristae ilei und die Conjugata ext. sind verengt.

Unter 12 Fällen von Uterus bicornis duplex sind bei 4 Fällen keine Maasse angegeben, sondern 2 als mit normalem Becken und 2 als mit weitem Becken bezeichnet. Die übrigen 8 Fälle geben durchschnittlich folgende Zahlen: Sp. 24,95, Cr. 28,68, Tr. 31,97, C. ex. 19,58, Umf. 85,2, worunter die Maximalzahlen Sp. 27,0, Cr. 30,8, Tr. 33,5, C. ex. 21,8, Umf. 96,0 und die Minimalzahlen Sp. 22,0, Cr. 27,0, Tr. 31,0, C. ex. 18,0, Umf. 75,0 sind.

Die Durchschnittszahlen von 6 Fällen mit anderer Uterusbicornität sind Sp. 24,91, Cr. 28,91, Tr. 32,5, C. ex. 19,16, Umf. 93,0, wobei die Maximalzahlen Sp. 27,0, Cr. 31,4, Tr. 34,0, C. ex. 20,5, Umf. 97,0 und die Minimalzahlen Sp. 21,0, Cr. 26,5, Tr. 31,0, C. ext. 17,0, Umf. 90,0 sind. Bei dem Fall 112 (Schatz) wurde das Kind wegen Beckenenge und längerer Geburtsdauer perforirt.

In 2 Fällen von Uterus septus duplex erweist sich das Becken als ein rachitisches und als ein in

starkem Grade allgemein verengtes und bei 2 Fällen von Uterus subseptus Disdeittist. Sp. und Cr. verengt.

Ich meine daher, dass es auf Grund obiger Zahlen nicht gerechtfertigt scheint zu sagen, dass das Becken bei doppeltem Uterus »auffallend breit« sei. Wenn auch das Becken bei Uterus didelphys etwas breiter ist, so sind doch sämtliche Durchmesser nicht weit von der Norm entfernt. Können doch bei doppeltem Uterus noch rachitisches (Fall 43, Müller), infantiles (Fall 73, Hegar) und allgemein verengtes Becken (Fall 29, Prochownick) vorkommen!

Welcher ursächlicher Zusammenhang zwischen doppeltem Uterus und breitem Becken besteht, bleib noch einer weiteren Untersuchung vorbehalten, doch scheint mir durch obiges Resultat zweifelhaft, dass ein besonderer Zusammenhang zwischen beiden besteht. Wenn man vermutet, dass das Becken bei doppeltem Uterus eine besondere Form annimmt, so müsste man an die Möglichkeit denken, dass ein Verhältnis zwischen dem doppelten Uterus — der normaler Weise zu einem einzigen Kanal verschmeizen soll, jedoch infolge von Entwickelungshindernissen nicht verschmilzt — und der Symphysenspalte des Beckens und der Verlängerung der Entfernung der Spinae und der Cristae bestehe. Nun ersehen wir aber aus der oben angeführten Tabelle, dass bei Becken mit Symphysenspalte (Fall 123, Engel) die Entfernung der Spinae sowie der Cristae bedeutend vermindert ist, während die Conjugata ext. nicht sehr verkleinert ist, wie sich denn auch eine Vergrösserung der Distanzia spinarum und cristarum

bei den übrigen 24 Fällen nicht nachweisen lässt, sondern sie in manchen Fällen verringert ist und die Entfernung der Trochanteren und die Conjugata ext. von der Norm nicht sehr abweichen.

Um zu einem ganz bestimmten Schluss zu kommen, sind die Fälle zu wenige, aber ich glaube wohl sagen dürfen, dass das Becken bei doppeltem Uterus wenigstens nicht auffallend verbreitert ist, sondern dass die Entfernung der Spinae sowie der Cristae bisweilen eher vermindert ist und das Becken eine etwas rundliche Form annimmt.

7. Welche Hälfte des doppelten Uterus wird häufiger schwanger?

Welchen Grad der Entwickelung die Uterusschleimhaut haben muss, um das befruchtete Ei noch einzubetten, ist noch nicht sicher festgestellt. Man hat jedoch schon sichere Beobachtungen, dass sich das befruchtete Ei auf sehr mangelhaft entwickelter Schleimhaut des Uterus rudimentalis einbetten und fortentwickeln kann. Daraus kann man auch für den doppelten Uterus die gleiche Annahme ziehen, dass eine mangelhaft entwickelte Uterushälfte ebenso wie die andere gut entwickelte Hälfte schwanger werden kann.

Aber es ist richtig, dass ein Uterus mit mangelhaft entwickelter Schleimhaut infolge verschiedener Ursachen schlechter als ein Uterus mit gut entwickelter Schleimhaut das Ei bis zum Reife behalten kann.

Ich habe schon oben bei dem congenitalen einseitigen Verschluss des doppelten Uterovaginalkanals

den Schluss gezogen, dass der rechtsseitige Verschluss ungemein häufiger ist.

Aber deshalb, weil der rechtsseitige Verschluss, resp. die mangelhafte Entwickelung des rechten Uterovaginalkanals häufiger stattfindet, darf man noch nicht sagen, dass auf der rechten Hälfte weniger Schwangerschaften eintreten können, als auf der linken, weil die Befruchtung dadurch entsteht, dass eine Samenzelle mit der Eizelle sich vereinigt, und das befruchtete Ei sich dann irgend wo auf der Uterusschleimhaut einbetten kann.

In Wirklichkeit kann der mangelhaft entwickelte Uterus doch schwanger werden, wenn die Cohabitation ausgeführt wurde, sowohl bei einfacher Vagina mit doppeltem Uterus, wobei letzterer auf der einen Seite nicht gut entwickelt war, als bei doppelter Vagina mit doppeltem Uterus, wobei mangelhafte Entwickelung einer Hälfte dieses doppelten Uterovaginalkanales bestand und die Samenzellen durch eine Communicationsöffnung des vorhandenen Septums eindrangen. (Fall 134, Vávra, Fall 143, Tschudy, etc.)

Unter meinen gesammten 57 Fällen finden sich 26 mit rechtsseitiger, 23 mit linksseitiger und 8 mit beiderseitiger (gleichzeitiger und nicht gleichzeitiger) Schwangerschaft. Die Behauptung von Meckel, Carus, Rokitansky u. A., nach welcher die rechte Hälfte überwiegend häufiger geschwängert werde, wurde schon von Kussmaul als unrichtig erkannt und er constatirte, dass die linke mindestens ebenso häufig die Frucht beherberge. Dieser Gedanke scheint mir auch ganz richtig und ich

meine, dass man nicht auf Grund einer kleinen Differenz (26 : 23) annehmen darf, dass die rechtsseitige Schwangerschaft häufiger als die linksseitige ist.

8. Wieviel Früchte kann ein doppelter Uterus gleichzeitig enthalten?

Ein Fall von Schwangerschaft mit mehr als 3 Früchten ist bei doppeltem Uterus noch nicht bekannt. Einen sehr interessanten Fall von Drillingsschwangerschaft hat Duncan beobachtet: Eine V-gravida hat ihre vier früheren Geburten normal überstanden. Ihr Leib zeigte sich sehr ausgedehnt und nach vorn überhängend, Mit der Hand konnte mann zwei Tumoren im Abdomen bis zur Symphyse trennen. Während der richtigen Wehen wurde der Muttermund vollständig geöffnet und wurde zuerst ein etwas über 6 Pfund schweres Mädchen in ersten Schädellage geboren. Die Wehen dauerten fort, ein Steiss trat ein, und in kurzer Zeit folgte ein zweites Mädchen, etwas leichter als 6 Pfund. 10 Minuten darauf wurde eine doppelte (eineiige?) Placenta geboren. Der rechte Uterus zog sich gut zusammen, der linke blieb gross. Sechs Stunden nach Ausstossung der Placenta traten wieder Wehen ein und ein Mädchen wurde in Schädellage geboren, welches 7 Pfund wog. Aus diesem Fall können wir lernen, dass ein doppelter Uterus wie der normale ausgetragene Drillinge enthalten und dass die Geburt normal verlaufen kann. Aber ich habe in der Literatur keinen Fall von Drillingsschwangerschaft in der einen Hälfte des doppelten Uterus gefunden.

Von Zwillingsschwangerschaft bei doppeltem Uterus habe ich in der Literatur folgende Fälle gefunden: Kussmaul veröffentlicht folgende Fälle.

Bagard: Eine Multipara mit Uterus bicornis infra simplex hat Zwillinge von je 4½ Monaten geboren, beide hatten eine gemeinschaftliche Placenta, sie stammten somit aus demselben Horne.

Generali: Eine Multipara mit Uterus bicornis infra simplex hat am 15. Februar 1816 einen lebenden, dem Anscheine nach ausgetragenen Knaben aus einer Hälfte geboren. Die Placenta wurde auf die gewöhnliche Weise entfernt, es fand aber nacher kein Lochialfluss statt. Am 14. März stellten sich wieder Wehen ein und die Frau wurde von einem zweiten Knaben aus der anderen Hälfte entbunden.

Hohl: Eine Multipara mit Uterus bicornis (Cervix einfach) hat je 3 Pfund schwere Zwillinge aus je einer Hälfte unter heftiger Blutung wegen Placenta praevia in der rechten Hälfte, mit Kunsthilfe geboren.

Geiss: Eine Multipara mit Uterus duplex (Os ext., einfach) et vagina simplex wurde wegen Schulterlage zunächst von einem kleinen aber gesunden Mädchen aus der rechten Seite durch Wendung entbunden. Eine Stunde später wurde ein zweites Kind, welches mit dem Bauch vorlag, durch Wendung geboren. Beide Placentae wurden manuell gelöst.

Laschau: Eine Primipara mit Uterus duplex (Os ext. doppelt) et vagina simplex war binnen 8 Tagen von zwei lebenden, reifen Knaben glücklich niedergekommen.

Salert: Einer Frau mit Uterus duplex et vagina simplex wurde ein weit grösseres, lebendes Kind aus der besser entwickelten rechten Hälfte durch die Zange, und ein kleineres, stark zusammengekrümmtes Kind aus der linken mittelst Wendung todt hervorgeholt.

Billengren: Eine Multipara mit Uterus duplex (Canalis colli einfach) et vagina simplex wurde am 10. Juli 1855 (9 Monate und 1 Tag nach ihrer Hochzeit) ohne Schwierigkeit von einem reifen Knaben entbunden (wahrscheinlich aus der rechten Hälfte), und der Wochenfluss währte eine Woche lang. Sie stillte ihr Kind. Am 22. September, also 74 Tage nach der ersten Niederkunft, gebar sie ein kleines Mädchen unter heftigen Wehen.

Kannon: Eine Multipara mit Uterus duplex (zwei Ora ext.) et vagina simplex gebar ein reifes Kind ohne künstliches Zuthun aus einer Hälfte. Ein anderes, 7 Pfund schweres Kind wurde wegen Wehenmangels mit dem Hacken am Kopfe aus der anderen Hälfte hervorgeholt. Jedes Kind hatte seinen eigenen Mutterkuchen.

Frau Dejean: Einer Multipara mit Uterus duplex (Os ext. einfach) et vagina simplex wurde im 5. Schwangerschaftsmonate unter den Erscheinungen eines Abortus wegen Verzögerung des Geburtsverlaufes die totfaule Frucht (8½ Zoll lang) mit den Fingern herausgeholt. Während des Wartens auf die Nachgeburt schoss plötzlich eine Menge Blut hervor, welches einen Embryo mit sich führte, dessen Alter auf 3 Monate (3½ Zoll lang) geschätzt wurde und der noch einige

Lebenszeichen gab. Jede Frucht hatte ihren besonderen Mutterkuchen.

Von L. Fürst entnehme ich folgende Fälle:

Birnbaum: Bei einer Primipara mit Uterus bicornis simplex et vagina simplex wurde eine Frucht in erster Schädellage vom rechten Horne und eine andere in zweiter Schädellage vom linken Horne ausgetrieben. — Die eine Placenta musste manuell entfernt werden.

Trier: Eine Primipara mit Uterus bicornis partim septus et vagina simplex gebar eine in den Eihäuten befindliche, halb mumificirte 5—6 monatliche Frucht nebst Placenta aus dem linken Horne und nach einigen Stunden eine 7—8 monatliche Frucht aus dem rechten Horne.

Grace: Eine Multipara mit Uterus septus et vagina simplex hatte im 7. Monate Erscheinungen eines Abortes. Es wurde aus einem vorderen orifitium ein totes Kind an den Füssen extrahiert, darauf erweiterte G. einen vorhandenen hinteren Muttermund, wendete das zweite Kind, welches wenige Stunden post partum starb. — Die Placenten wurden rasch spontan ausgestossen.

Paris: Eine Frau mit Uterus septus et vagina simplex hat längere Zeit nach der Geburt eines Kindes noch ein zweites geboren.

Fall 124 (Handfield). Eine Multipara mit Uterus bicornis unicollis et vagina simplex hat Zwillinge, davon eine Frucht faultot, geboren. Diese war bereits seit 4—6 Wochen abgestorben.

Fall 132 (Althen): Eine Primipara mit Uterus septus duplex et vagina duplex hat eine männliche Frucht von ca. 4½ Monaten am 2. August vormittags geboren. Die Nachgeburt folgte nicht, sondern die Frau gebar einen zweiten mit dem erstgeborenen gleichalterigen Knaben am Abend des 3. August. Die Placenta desselben blieb ebenfalls zurück. Aus jeder Höhle wurde je eine Placenta manuell entfernt.

Fall 144 (Guérard): Eine Multipara mit Uterus bicornis duplex et vagina simplex hat am 9. November 1896 spontan mit äusserst heftigen Schmerzen einen Fötus von etwa Handlänge nebst Placenta aus der linken Hälfte geboren. Am 29. Januar 1897, also 81 Tage nach dem ersten Aborte wurde ein 4550 gr. schwerer Knabe durch Perforation und Extraction zur Welt gebracht.

Bei Zwillingsschwangerschaft bei doppeltem Uterus können entweder beide Früchte in der einen Hälfte (Fall Bagard) oder je eine Frucht in jeder Hälfte des doppelten Uterus (Fall Althen) sitzen.

Unter obigen 17 Fällen sind 7 mal beide Früchte nicht ausgetragen, 2 mal die eine ausgetragen, die andere nicht, 5 mal beide ausgetragen, und 3 mal ist nichts angegeben. In 10 Fällen sind es Mehrgebärende, in 5 Erstgebärende; in 2 Fällen finden sich keine Angaben. Dass die Zwillingsschwangerschaft bei doppeltem Uterus bei Mehrgebärenden öfter vorkommt als bei Erstgebärenden und dass sich die Früchte ebenso keineswegs vollkommen normal entwickeln können, ist von

der Zwillingsschwangerschaft bei normalem Uterus durchaus nicht abweichend.

Bei doppeltem Uterus kann die Zwillingssehwangerschaft eine gleichzeitige und eine ungleichzeitige sein. Höchst interessant bei Zwillingsschwangerschaft bei doppeltem Uterus ist die ungleichzeitige Schwangerschaft der beiden Hälften (Superfoetatio), und infolgedessen ungleichzeitige Geburt (Fall Generali, Billengree, Backer, Trier). Dieses Verhalten kommt bei normalem Uterus auch vor (ein Fall von Ahlfeld), aber es ist bei doppeltem Uterus natürlich viel häufiger. Man kann noch nicht bestimmt behaupten, ob bei doppeltem Uterus jede Hälfte ein eigenes Centrum im Lendenmark hat oder ob der Einfluss des gebärenden Uterus auf den anderen auch schwangeren nicht stark genug ist, um den Geburtsakt auch in letzterem hervorzurufen.

Wie wir in Fall 141 (Walther) sehen, kann intrauterine Schwangerschaft bei doppeltem Uterus auch mit extrauteriner Schwangerschaft gleichzeitig vorkommen.

9. Wie viel Monate kann der doppelte Uterus die Frucht behalten?

Unter meinen gesamten 89 Fällen wurden 232 Geburten beobachtet. Von diesen waren 32 vollständig ausgetragen, 12 Partus praematuri, 55 Aborte; und bei 133 war nichts angegeben, aber wahrscheinlich waren sie meistenteils ausgetragen. Wenn 133 als ausgetragen gerechnet werden, so ergiebt sich: 71,1% aus-

getragene Früchte, 5,2% frühreife Früchte, 23,7% Aborte. Unter den 55 Aborten sind 2 als Molen, 1 durch Fall, 2 infolge Seereisen verursacht. Bei den übrigen 50 ist nichts angegeben, aber diese Aborte scheinen mir mit der Doppelbildung in irgend einem Verhältnisse zu stehen. Unter 50 Aborten wurden bei nur 26 über das intrauterine Alter Angaben gemacht.

Monat.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Zahl d. Aborte.	1	1	6	2	5	5	6

Sicher kann ich danach nicht aussagen, ob der Abort bei doppeltem Uterus häufiger als bei normalem Uterus eintritt, aber er scheint mir etwes häufiger einzutreten. Dies hängt wahrscheinlich mit der Doppelbildung des Uterus und der daraus hervorgehenden mangelhaften Ernährung und dem unpassenden Uterusraume zusammen.

Leider sind Angaben über Grösse des aus dem doppelten Uterus geborenen Kindes unmittelbar nach der Geburt bei den meisten Autoren nicht vorhanden. Ein Blick auf meine Tabelle zeigt, dass nur wenig Kinder mit Ausnahme des Falls 144 (Guérard) über die Norm schwer und lang sind; vielmehr sind Gewicht und Länge bei der Mehrzahl derselben unter der Norm. Mit den wenigen Zahlen meiner und der von mir den Autoren entnommenen Fälle kann ich zu keinem bestimmten Ergebnis kommen, aber ich vermute, dass viele aus doppeltem Uterus geborene Kinder etwas kleiner sind als aus normalem Uterus und dies dürfte vielleicht von der geringeren Entwickelung des Uterus und von geringerer Ernährung durch denselben abhängen.

10. Welche Lage nimmt die Frucht in doppeltem Uterus ein?

Unter 63 Geburten, wo Angaben über die Lage des Kindes vorhanden sind, wurde 35 mal Schädellage (9 mal erste Stellung, 9 mal zweite Stellung, 17 mal nicht angegeben), 1 mal Gesichtslage, 21 mal Unterendlage (13 mal Steisslage, 3 mal Steiss-Fusslage, 6 mal Fusslage, 1 mal Knielage) 5 mal Querlage beobachtet.

Dass die Frucht im doppelten Uterus auch wie im normalen Uterus hauptsächlich die Geradlage annimmt, hat mein geehrter Chef Herr Geh. Schatz schon im Archiv f. Gynakologie II veröffentlicht und ich stimme seiner Behauptung auf Grund der obigen Zahlen zu.

Es scheint aus den obigen Zahlen, dass die Unterendlage bei doppeltem Uterus verhältnissmässig häufiger als bei normalem Uterus vorkommt. Ob dies davon abhängt, dass bei den übrigen Geburten, wo ich keine Angaben über Lage finde, besonders viele Kopflagen waren, oder von der Form der Höhle des doppelten Uterus, kann ich nicht bestimmt sagen.

Bezüglich der Form der Uterushöhle weise ich bloss darauf hin, dass sie bei Uterus bicornis spindelförmig ist. Dass diese Form die Ursache der relativ häufigeren Unterendlage ist, ist mir wahrscheinlich und meinem Chef gewiss. Bei Uterus arcuatus und Uterus incudiformis ist die Höhle nach der queren Achse breit und man kann an die Möglichkeit denken, dass bei solchem Uterus die Frucht die Querlage leichter annehmen kann. Unter obigen 6 Querlagen bestand 2 mal (Fall 94, Fall 99) Uterus arcuatus.

Haltung und Stellung der Frucht im doppelten Uterus sind nicht besonders abweichend von der Norm, obwohl sowohl Gesichtslagehaltung als auch eine sonstige abnorme Haltung sich bisweilen finden kann.

11. Welchen Verlauf nimmt die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett bei doppeltem Uterus.

Der Schwangerschaftsverlauf bei doppeltem Uterus ist von der Norm nicht abweichend. Sehr selten erzeugt er Erscheinungen dadurch, dass der nicht schwangere Uterus sich zwischen das Becken und dem schwangeren Uterus einklemmt. Dass die Schwangerschaft bei solchem Uterus verhältnissmässig frühzeitig unterbrochen wird und meine Vermutung darüber habe ich schon oben erwähnt. Die Schwangerschaftsbeschwerden, welche die Frau mit normalem Uterus quälen, finden sich bei der Frau mit doppeltem Uterus ebenfalls.

Das Septum hat während der Schwangerschaft keine Bedeutung und die Eröffnungsperiode der Geburt wird keineswegs durch dasselbe gestört; bei der Austreibungsperiode jedoch werden Geburtsstörungen durch das Septum im Canalis colli (Fall 107) oder in der Vagina (Fall 109, 116, 121, 134, 138, 141, 155) erzeugt. In den Fällen 109, 121, 138, 155, ist das Kind nur durch die Durchtrennung des Septums in der normalen Weise geboren worden.

Geburtshindernisse, welche durch Einkeilung des nicht schwangeren Uterus zwischen den nicht schwangeren Uterus und das Becken (Fall 127, 137) entstehen, wurden bisweilen beobachtet. Das bei dieser Gelegenheit vom nicht schwangeren Uterus gebildete Geburtshinderniss ist sehr ähnlich dem, welches ein Cervixtumor auf die Geburt ausübt. Im Falle 127 (Las Casas) z. B. wurde der Kindeskopf durch den nicht schwangeren retroflectirten Uterus nach vorn oben geschoben und erst nach Reposition des nicht schwangeren Uterus in Chloroformnarkose konnte die Geburt vollendet werden; im Falle 137 (Holzapfel) war Reposition des nicht schwangeren Uterus nicht möglich und die Geburt endete durch Wendung und nachfolgende Extraction. Oft eintretende Wehenschwäche hängt wahrscheinlich ab teils von mechanischen Geburtshindernissen, teils von unvollkommener Entwickelung des Uterusmuskels, und immer musste die Geburt mit Kunsthilfe beendet werden.

In der Nachgeburtsperiode spielt die Wehenschwäche eine grosse Rolle, indem der Uterus in atonischen Zustand fällt, und blutet, so dass die Placenta manuell entfernt werden muss.

Unter 67 Ceburten bei doppeltem Uterus verlief das Wochenbett 52 mal normal, 13 mal mit Fieber, 2 mal mit Eclampsie und von den 13 Malen mit Fieber sind 2 Frauen an Peritonitis gestorben. Dass das Wochenbett so verhältnissmässig oft mit Fieber complicirt ist, dürfte vielleicht dadurch verursacht sein, dass durch das Zerreissen des Septums, mehr aber durch

die häufigen künstlichen Eingriffe pathogene Bacterien in die Genitalorgane gelangen und so das Fieber hervorrufen.

12. Welches Verhalten besteht zwischen dem schwangeren und dem nicht schwangeren Uterus?

Wenn bei doppeltem Uterus einseitige Schwangerschaft eingetreten ist, und der Uterus allmählich durch seine Vergrösserung einen grossen Teil des Unterleibes und des Beckens inne hat, dann muss der nicht schwangere Uterus nach einer Seite gedrängt werden und meist eine retroflectirte Lage annehmen. Wenn bei doppeltem Uterus der eine Uterus schwanger wird, so kann man nicht selten beobachten, dass der nicht schwangere hypertrophiert und dass seine Schleimhaut sich zur Decidua umwandelt; und wenn der schwangere Uterus seine Frucht ausgestossen hat, so stösst während der Nachgeburtsperiode oder zu Anfang des Wochenbettes auch der nicht schwangere Uterus seine Decidua aus, und insolvirt sich dann allmählich bis auf seine normale Grösse. Die Lageveränderung sowie die Hypertrophie des nicht schwangeren Uterus macht während der Schwangerschaft selten Beschwerden, aber während der Geburt bilden sie oftmals Geburtshindernisse, so dass der nicht schwangere Uterus oft reponirt und der schwangere Uterus bisweilen mittelst Kunsthilfe entbunden werden muss.

Während der Wehen contrahiert sich der nicht schwangere Uterus auch und nach der Geburt kehrt seine Grösse allmählich wieder zur Norm zurück.

Litteratur.

1. *Althen*: Schwangerschaft in beiden Uteris bei Duplicität der Genitalien. Centralblatt für Gynaekologie 1890, p. 711.
2. *Arning*: Ein Fall von Pyometra lat. mit epikritischen Bemerkungen zur Differentialdiagnose complicirter Fälle. 1880, Strassburg.
3. *Balin*: Zwei Fälle von Geburt bei doppelter Gebärmutter und Scheide. Zeitschrift für Geburtshülfe, 1877, p. 1439.
4. *Benicke*: Geburtsfall bei doppelter Gebärmutter und Scheide. Zeitschrift für Geburtshülfe, 1877, Bd. I, p. 366.
5. *Blackwood*: Fall von Uterus septus et vagina septa mit alternirender Menstruation aus jeder Uterushälfte. Philad. med. Times 1879. Oct. 25. auch Cntrlbl. f. Gyn. 1880, p. 117.
6. *Borinski*: Das eine vergrösserte Horn eines Uterus duplex als irreponibeles Hindernis für die Extraction bei der Entbindung des anderen Hornes. Archiv für Gynaekologie, 1876, Bd. X, p. 145.

7. *Braus*: Berliner klin. Wochenschr. Nr. 10 aus Inaug.-Diss. von Westermayer, 1877.

8. *Breisky*: Pyometra und Pyocolpos lateralis, Archiv f. Gyn. 1871, Bd. II, p. 84.

9. » Hydrometra lateralis als Folge congenitalen Verschlusses eines Scheidenrudimentes bei Uterus duplex. Archiv f. Gyn. 1874, Bd. VI, p. 89.

10 » Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte Nr. 4. aus Inaug.-Diss. von Mongenau 1872, Tübingen.

11. *Calderini*: Uterus septus duplex Ateneo med. parmense 1887, auch Cntrlbl. f. Gyn. 1888, p. 632.

12. *Chavane*: Ein Fall von Abort bei einem Uterus bicornis duplex. Cntrlbl. f. Gyn. 1898, p. 1211.

13. *Cipinsky*: Ein Fall von Uterus subseptus. Cntrlbl. f. Gyn. 1893, p. 769.

14. *Dirner:* Ein Fall von doppelter Gebärmutter mit doppelter Scheide. Archiv. f. Gyn. 1884, Bd. XXII, p. 463.

15. *v. Dittel jun.*,: Partus bei Uterus duplex. Cntrlbl. f. Gyn. 1894, p. 610.

16. *Eberlin*: Eine Anomalie in der Entwickelung der Genitalien, die eine Operation während der Geburt erfordert. Vagina subsepta als Hindernis bei der Geburt. Zeitschr. f. Geb. 1893, Bd. XXV, p, 100.

17. *Engel*: Geburt bei doppelten Geschlechtsteilen und doppelter Harnblase und Harnröhre. Archiv f. Gyn. 1887, Bd. XXIX, p. 43.

18. *Freudenberg*: Ein Fall von Uterus didelphys mit rechtsseitiger Haematometra. Zeitschr. f. Geb. 1880, Bd. V, p. 334.

19. *Freund:* Zwei Fälle von Haematometra und Haematocolpos lateralis bei Atresie eines rudimentären Scheidencanals eines Uterus duplex. Beiträge z. Geb. u. Gyn. 1873, Bd. II, p. 26.

20. » Beiträge zur Pathologie des doppelten Genitalcanals. Zeitschr. f. Geb. 1877, Bd. I, p. 231.

21. *Fuld*: Salpingotomie wegen Haematosalpinx bei Gynatresie. Archiv f. Gyn. 1899, Bd. XXXV, p. 191.

22. *Fürst*: Über Bildungshemmungen des Uterovaginalkanales. Monatsschr. f. Gebk. u. Frauenkr. 1867, Bd. XXX, p. 97 u. 161.

23. *Gonterman:* Zeitschr. f. Geb. 1888, Bd. XIV, p. 174.

24. *Götz*: Inaug.-Diss. 1879, Tübingen, aus Inaug.-Diss. von Ramer 1898, Zürich.

25. *Guérard:* Doppelte Schwangerschaft bei Doppelbildung des Uterus und zweier durch ein frontales Septum getrennter Scheiden. Monatsschr. f. Geb. 1898, Bd. VII, p. 288.

26. *Gusserow:* Pyokolpos lateralis, Uterus duplex, Schwangerschaft. Charite-Annalen 1890, XV. Jhrg., p. 618.

27. *Handfield-Johnes:* Fall von doppeltem Uterus: Cntrlbl. f. Gyn., 1888, p. 538.

28. *Henderson:* Glasgow med. Journ. 1884, Bd. XIX aus Zeitschr. f. Geb., 1888, Bd. XIV, p. 173.

29. *Heyer:* Abnorme Behaarung und Uterus duplex. Cntrlbl. f. Gyn. 1898, p. 1303.

30. *Hochstetter:* Uterus bicornis duplex cum vagina septa. Charité-Annalen 1894, XIX. Jhrg., p. 538.

31. *Holtzapfel:* Retroflexio der nicht graviden Hälfte eines Uterus didelphys als Geburtshindernis. Cntrlbl. f. Gyn. 1893, p. 873.

32. *Joseph:* Vagina duplex mit eigentümlicher Kloakenbildung. Beiträge z. Geb. u. Gyn. 1874, Bd. III, p. 107.

33. *Israel:* Ein Fall von symmetrischer Bildungshemmung der weiblichen Genitalien. Charité-Annalen 1886, VI. Jhrg., p. 824.

34. *Kehrer:* Das Nebenhorn des doppelten Uterus. Inaug.-Diss. 1889. Heidelberg.

35. *Kinderlen:* Missbildungen der weiblichen Genitalorgane. Zeitschr. f. Geb. 1888, Bd. XV, p. 1.

36. *Kleinwächter:* Über Pyocolpos unilateralis. Zeitschr. f. Geb. 1884, Bd. XI, p. 254.

37. *Kormann:* Schmidt'sche Jahrbücher 1879, Bd. 182 aus Zeitschr. f. Geb. 1888, Bd. XV, p. 9.

38. *Krieger:* Monatschr. f. Gebk. Bd. XII, p. 178.

39. *Krug:* New-Yorker med. Wochenschr. 1889, Bd. I, p, 610 aus Inaug.-Diss. von Westmayer 1894.

40. *Kubassow:* Beitrag zur Lehre von der doppelten Gebärmutter (Uterus didelphys) nebst besonderer Würdigung der Ätiologie dieser Difformität. Archiv f. path. Anatomie 1883, Bd. XCII, p. 35.

41. Derselbe: Noch ein Fall von doppelter Gebärmutter und Scheide (Uterus et vagina duplices), intra vitam diagnosticirt, Ibid., Bd. XCII, p. 81.

42. *Kussmaul:* Mangel, Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter. 1859, Würzburg.

43. *Küstner:* Kurzes Lehrbuch der Gynaekologie. 1901. Jena.

44. *Lackie:* Verhaltung von Menstrualblut in einer Hälfte eines Uterus duplex. Edinb. med. Journ. 1879, März, auch Cntrlbl. f. Gyn. 1898, p. 341.

45. *Las Casas dos Santos:* Missbildungen des Uterus. Zeitschr. f. Geb. 1888, Bd. XIV, p. 140.

46. *Lesser:* Cntrlbl. f. Gyn. 1899, p. 82.

47. *Löhlein*: Uterus didelphys, Haematometra et Haematosalpinx sinistri lateralis. Cntrlbl. f. Gyn. 1894, p. 997.

48. *Lorenz*: Schwangerschaft bei Uterus didelphis und Vagina duplex. Cntrlbl. f. Gyn. 1899, p. 1076.

49. *Machenhauer*: Fall von Uterus bicornis septus mit teilweise doppelter Vagina. Cntrlbl. f. Gyn. 1893, p. 878.

50. *Magenau*: Ein Fall von Uterus bicornis mit einseitiger Pyometra und Pyocolpos. Inaug.-Diss. 1872, Tübingen.

51. *Mekus*: Eine Missbildung der Genitalien als Geburtshinderniss. Cntrlbl. f. Gyn. 1880, p. 294.

52. *Mcrttens*: Ein Fall von Uterus bicornis unicorporeus mit Atresie des einen Collum bei fast total septirter Scheide. Cntrlbl. f. Gyn. 1894, p. 1001.

53. *Mettenheimer*: Unvollkommene Duplicität der Geschlechtsorgane bei einem neugeborenen Kinde weiblichen Geschlechts mit Atresia ani. Archiv f. Gyn. 1896, Bd. L, p. 221.

54. *Meyer*: Inaug.-Diss. 1883, Zürich aus Inaug.-Diss. von Ramer, Zürich.

55. *Müller*: Die Krankheiten des weiblihhen Körpers. 1888, p. 221.

56. *L. Müller*: Eine Geburt bei Uterus septus. Inaug.-Diss., 1897, Marburg.

57. *P. Müller*: Über eine bisher nicht beschriebene, durch Uterusmissbildung gesetzte Geburtsstörung. Archiv f. Gyn., 1873, Bd. V, p. 132.

58. Derselbe: Entwickelungsfehler des Uterus. 1885, Stuttgart.

59. *Mundé*: Cntrlbl. f. Gyn. 1888, p. 140.

60. *Naecke*: Schmidt'sche Jahrbücher 1876, Bd. 167 aus Inaug.-Diss. von Westermayer.

61. *Nagel*: Veit'sche Handbuch der Gynaekologie Bd. I, p. 567.

62. *Neudoerffer*: Zwei neue Fälle von Pyometra und Pyocolpos lateralis. Inaug.-Diss. 1893, Tübingen.

63. *Neugebauer*: Einseilige Haematometra bei zweigeteiltem Uterovaginalkanale. Archiv. f. Gyn., 1871, Bd. II, p. 247.

64. *Nicolaysen*: Schmidt'sche Jahrbücher 1873, Bd. 164 aus Inaug.-Diss. von Westermayer, 1894, Erlangen.

65. *Oker-Blon*: Uterus duplex separatus Cntrlbl. f. Gyn., 1899, p. 1075.
66. *Olliviet*: Gazette medicale de Paris. 1872., p. 163.
67. *Olshausen*: Über Haematocele und Haematometra. Archiv f. Gyn.. 1870, Bd. I, p. 24.
68. *Orthmann*: Ein Fall von Uterus septus mit Carcinoma portionis, cervicis et corporis. Cntrlbl. f. Gyn. 1888, p. 455.
69. *Palmer*: Fall von doppelter Vagina und doppeltem Uterus. New-York med. Journ. 1886, Juli 17., p. 70 aus Cntrlbl. f. Gyn. 1887, p. 166.
70. *Pick*: Zur Anatomie und Genese der doppelten Gebärmutter. Archiv f. Gyn., 1896, Bd. LVII, p. 596.
71. *Pfannenstiel*: Über Schwangerschaft bei Uterus didelphys. Festschr. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn., 1894, p. 330.
72. *Prochownick*: Ausgebreitete placentare Sinusthrombose bei Uterus bicornis. Archiv. f. Gyn., 1881, Bd. XVII p. 317.
73. Derselbe: Vaginaler Totalprolapsus entstanden durch Zusammentreffen von angeborenem Fehlen des Dammes und Doppelbildung der Genitalien Archiv f. Gyn., 1881, Bd. XVII, p. 326.
74. *Ramer*: Ein Fall von Pyocolpos lateralis neben Uterus bicornis. Inaug.-Diss. 1898, Zürich.
75. *Rossa*: Wiener klin. Wochenschr. 1892, p. 501.
76. *Schatz*: Vier neue Fälle von unvollkommener Teilung des weiblichen Genitalkanales. Archiv f. Gyn., 1870, Bd. I, p. 12.

77. Derselbe: Sieben Fälle von unvollkommener Vereinigung des weiblichen Genitalkanales bei Erwachsenen. Ibid, 1871, Bd. II, p. 289.

78. Derselbe: Ein besonderer Fall von Missbildung des Urogenitalsystems. Ibid, 1872, Bd. III, p. 304.

79. *Schlutius*: Uterus semibipartitus cum vagina duplici. Cntrlbl. f. Gyn., 1898, p. 436.

80. *Schramm*: Vorstellung einer Patientin mit Uterus septus et vagina duplex. Cntrlbl. f. Gyn., 1890, p. 185.

81. *v. Sicherer*: Uterus bicornis bicollis. Pyometra und Pyocolpos lateralis infolge von Atresia vaginalis dextra. Archiv f. Gyn., 1892, Bd. XLII, p. 339.

82. *Simon*: Zwei Missbildungen. Cntrlbl. f. Gyn., 1894, p. 1313.

83. *Spiegelberg*: Uterus bilocularis bicornis, Vagina septa, Aplasie der linken Niere. Archiv f. path.-Anatomie. 1895, Bd. BXLII, p. 554.

84. *Staude*: Schmidt'sche Jahrbücher, 1875, Bd. 167 aus Westermayer.

85. *Stebbins*: Ein Fall von Schwangerschaft in einem Uterus bilocularis. Boston med. and surg. journ. 1887, Mai 12., aus Cntrlbl. f. Gyn. 1887, p. 816.

86. *Stoll*: Beitrag zur Gravidität des Uterus bicornis. Zeitschr. f. Geb. 1892, Bd. XXIV, p. 275.

87. *Strauch*: Ein Geburtsfall bei doppelter Gebärmutter und doppelter Scheide. Cntrlbl. f. Gyn., 1887, p. 684.

88. *Tauffer*: Durch einen Uterus didelphys erschwerte Geburt. Cntrlbl. f. Gyn., 1888, p. 236.

89. *Teuffel*: Ein neuer Fall von Uterus bicornis mit einseitiger Pyometra und Pyocolpos. Inaug.-Diss. 1874, Tübingen.

90. *Tschudy*: Sectio caesarea nach Porro bei Uterus didelphys. Archiv f. Gyn., 1895, Bd. XLIX, p. 471.

91. *Vávra*: Geburt bei Uterus bicornis septus cum vagina septa. Cntrlbl. f. Gyn., 1890, p. 23.

92. *Walther*: Ein Fall von gleichzeitiger Extra- und Intrauteringravidität bei Uterus subseptus. Zeitschr. f. Geb. 1895, Bd. XXXIII, p. 389.

93. *Weinlechner*: Cntrlbl. f. Gyn., 1893, p. 1021.

94. *Werth*: Retention einer ausgetragenen Frucht in dem unvollkommenen entwickelten Horne eines Uterus bicornis. Archiv f. Gyn. 1881, Bd. XVII. p. 281

95. *Westermayer*: Uterus bicornis et vagina duplex cum Haemato-Pyocolpo. Inaug.-Diss., 1894, Erlangen.

96. *Winter*: Ein Sectionspräparat von Uterus bicornis und ein durch Operation gewonnenes Präparat von Uterus bicornis. Cntrlbl. f. Gyn., 1887, p. 823.

Die Fälle von Koslenko (Ein Fall von Geburt bei Uterus bicornis duplex. Cntrlbl. f. Gyn. 1902, p. 40), von Stavely (Developmental anomalies of the uterus. The american journal of obstetrics and diseases of Women and Children. 1902, January, p. 40) und von Ward (Uterus dydelphys found with a Pyosalginx. 1. Bd., p. 59.) konnte ich leider nicht mehr benützen, da meine Arbeit vorher schon beendet war.

Inhaltsverzeichnis.

Seite.

1. Die Entwickelungsgeschichte des Uterovaginalkanals und die Einteilung der Verdoppelungen desselben 5
2. Die in der Universitäts-Frauenklinik und am pathologischen Institute zu Rostock beobachteten Fälle 21
3. Tabelle über die aus der Litteratur entnommenen und über die neu erbrachten Fälle 66
4. Über die Menstruation bei doppeltem Uterus 149
5. Über Haematometra lateralis und Haematocolpos lateralis bei doppeltem Uterovaginalkanal 153
6. Über das Becken bei doppeltem Uterovaginalkanal 161
7. Welche Hälfte des doppelten Uterus wird häufiger schwanger? 165
8. Wie viel Früchte kann ein doppelter Uterus gleichzeitig enthalten? 167
9. Wie viel Monate kann der doppelte Uterus die Frucht behalten? 172
10. Welche Lage nimmt die Frucht in doppeltem Uterus ein? 174
11. Welchen Verlauf nimmt die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett bei doppeltem Uterus? 175
12. Welches Verhalten besteht zwischem dem schwangeren und dem nicht schwangeren Uterus? 177

Lebenslauf.

Am 18. Dezember 1876 bin ich, Shigeji Higuchi, buddhistischer Confession, als ehelicher Sohn des Esooji Higuchi und seiner Ehefrau Maki, geb. Komagata, zu Niigata in Japan geboren.

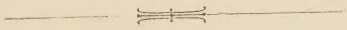
Im April 1882 trat ich in die städtische Volksschule ein, und verliess dieselbe im März 1890.

Im April 1890 trat ich in die Staatsmittelschule zu Tokyo ein, welche ich im März 1895 verliess.

Im September 1895 trat ich in die medizinische Abteilung der Kaiserlichen Hochschule zu Chica (Nr. I.) ein, und verliess dieselbe im October 1899.

Am 29. Januar 1900 wurde mir die Approbation als praktischer Arzt (Nr. 12869.) erteilt. Von da an bis zu meiner Abfahrt nach Europa war ich als Assistenz-Arzt an der Kaiserlichen Universitäts-Frauenklinik zu Tokyo beschäftigt.

Seit meiner Ankunft in Europa (October 1900) studirte ich bis zum April 1901 an der Universität zu Breslau. Seit April 1901 studire ich an der Universität zu Rostock und arbeite zur Zeit in der Universitäts-Frauenklinik an meiner Dissertation »Über die Verdoppelung des Uterovaginalkanals«.

Während meines Studiums in Deutschland hörte ich die Vorlesung und Curse folgender Herren Professoren: Kast, Kobert, Küstner, Martius, v. Mikulicz-Radecki, Schatz, A. Thierfelder.

Indem ich abschliesse, erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh.-Med.-Rath Professor Dr. Schatz für die gütige Unterstützung bei der Abfassung dieser Schrift meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.